



**ACCUEILS DE LOISIRS de BLANZAT**  
**(Périscolaire – Extrascolaire)**  
Dossier Administratif  
Pour l'année 2018 – 2019

Cadre réservé aux accueils de loisirs

Date de Réception : \_\_\_\_\_

Date de Saisie : \_\_\_\_\_

T 18 : \_\_\_\_\_ T 19 : \_\_\_\_\_

1<sup>er</sup> enfant : \_\_\_\_\_

2<sup>ème</sup> enfant : \_\_\_\_\_

3<sup>ème</sup> enfant : \_\_\_\_\_

4<sup>ème</sup> enfant : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

Tous les documents demandés devront être fournis à l'inscription.  
Seuls les dossiers complets seront pris en considération

<b>Père</b>	<b>Mère</b>
Nom : _____ Prénom : _____	Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
N° téléphone domicile : _____	N° téléphone domicile : _____
N° portable : _____	N° portable : _____
N° téléphone employeur : _____	N° téléphone employeur : _____
Adresse mail : _____	Adresse mail : _____

Quel est le responsable légal de l'enfant ?  Père  Mère

*En cas de divorce ou de séparation, merci de joindre un extrait de jugement en précisant les modalités de garde de ou des enfants.*

Profession du Père (*Obligatoire*) : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur (*Obligatoire*) : \_\_\_\_\_

Profession du Mère (*Obligatoire*) : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur (*Obligatoire*) : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale du responsable légal (sous lequel l'enfant est inscrit) : \_\_\_\_\_

De quel régime dépendez-vous (*Obligatoire*) ?

Général  Agricole  Autres Si Autre, lequel : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de votre Caisse (*Obligatoire*) : \_\_\_\_\_

N° Allocataire du responsable légal (sous lequel l'enfant est inscrit) (*Obligatoire*): \_\_\_\_\_

Responsable du dossier :  Mère  Père Code gestion : \_\_\_\_\_

**✓ Autres personnes à contacter en cas d'urgence si les parents ne peuvent être joints :**

	Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone
1 <sup>ère</sup> personne			
2 <sup>ème</sup> personne			

**DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER (OBLIGATOIRE)**

- Photocopie des vaccins du carnet de santé pour chaque enfant inscrit.
- L'attestation d'assurance extrascolaire de vos enfants pour l'année 2018-2019 pour chaque enfant inscrit.
- Photocopie de votre attestation de sécurité sociale en cours de validité.
- Photocopie de la carte de mutuelle en cours de validité sous lequel l'enfant est inscrit.

<h2 style="margin: 0;">Nom et Prénom du 1<sup>er</sup> enfant :</h2> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <input type="checkbox"/> GARÇON - <input type="checkbox"/> FILLE	<h2 style="margin: 0;">Date de naissance :</h2> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Classe à la rentrée : _____
--	--

**Jour de fréquentation pour le restaurant scolaire :**

**Jour de fréquentation de la garderie :**

Pour l'année      **ou**       Planning au mois

Pour l'année      **ou**       Planning au mois

Jours	Repas de midi
Lundi	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>

Jours	Matin	Soir
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Au départ de la garderie, l'enfant sera pris en charge par :**       Parents       Rentrera Seul (à partir de 9 ans)

Autre personne (préciser son nom et son N° de Tél) : \_\_\_\_\_

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Régime alimentaire : \_\_\_\_\_

Préciser ci-dessous les difficultés de santé et dates (maladies, accidents, allergies, crises convulsions, hospitalisations, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS** : Si l'enfant a des difficultés de santé (allergies ou autres), préciser la conduite à tenir. En cas de traitement, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**➔ Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance ← Ce dispositif concerne uniquement l'extrascolaire**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DÉCLARATION DU CHEF DE FAMILLE (à compléter et à signer)

Je soussigné, M. ou Mme \_\_\_\_\_

Père - Mère, responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_

- autorise la Directrice(teur) des Accueils de Loisirs, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin des Accueils de Loisirs de Blanzat.
- m'engage à reverser aux Accueils de Loisirs de Blanzat le montant des frais engagés par elle en cas de maladie ou d'accident.
- autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par les Accueil de Loisirs de Blanzat.
- m'engage à payer le solde des frais de séjour incombant à la famille, avant le début du séjour pour l'extrascolaire.
- m'engage à remplir soigneusement le dossier administratif et donner les renseignements obligatoires.
- reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les termes.
- Je donne mon autorisation pour que :       Oui       Non
  - mon enfant soit photographié ou filmé lors de sa participation au centre de loisirs.
  - que son image soit reproduite sur support papier ou électronique dans le cadre de l'établissement d'un document pédagogique ou d'information et à des fins non commerciales.
  - que son image soit conservée et utilisée pour une durée illimitée, uniquement dans un but pédagogique et/ou d'information, sachant que je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Mairie de Blanzat, organisateur du centre.
  - Je renonce par la présente à solliciter une quelconque compensation à quelque titre que ce soit pour la participation de mon enfant à la prise de vue et sa diffusion.

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

Précédée de la mention manuscrite de « Lu et Approuvé »

<h2 style="margin: 0;">Nom et Prénom du 2<sup>ème</sup> enfant :</h2> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>	<h2 style="margin: 0;">Date de naissance :</h2> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
<input type="checkbox"/> GARÇON - <input type="checkbox"/> FILLE	Classe à la rentrée : _____

**Jour de fréquentation pour le restaurant scolaire :**

**Jour de fréquentation de la garderie :**

Pour l'année **ou**  Planning au mois

Pour l'année **ou**  Planning au mois

Jours	Repas de midi
Lundi	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>

Jours	Matin	Soir
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Au départ de la garderie, l'enfant sera pris en charge par :**  Parents  Rentrera Seul (à partir de 9 ans)

Autre personne (préciser son nom et son N° de Tél) : \_\_\_\_\_

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Régime alimentaire : \_\_\_\_\_

Préciser ci-dessous les difficultés de santé et dates (maladies, accidents, allergies, crises convulsions, hospitalisations, etc.)

---



---

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS** : Si l'enfant a des difficultés de santé (allergies ou autres), préciser la conduite à tenir. En cas de traitement, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**➔ Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance ← Ce dispositif concerne uniquement l'extrascolaire**

---



---

### DÉCLARATION DU CHEF DE FAMILLE (à compléter et à signer)

Je soussigné, M. ou Mme \_\_\_\_\_

Père - Mère, responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_

- autorise la Directrice(teur) des Accueils de Loisirs, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin des Accueils de Loisirs de Blanzat.
- m'engage à reverser aux Accueils de Loisirs de Blanzat le montant des frais engagés par elle en cas de maladie ou d'accident.
- autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par les Accueil de Loisirs de Blanzat.
- m'engage à payer le solde des frais de séjour incombant à la famille, avant le début du séjour pour l'extrascolaire.
- m'engage à remplir soigneusement le dossier administratif et donner les renseignements obligatoires.
- reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les termes.
- Je donne mon autorisation pour que :  Oui  Non
  - mon enfant soit photographié ou filmé lors de sa participation au centre de loisirs.
  - que son image soit reproduite sur support papier ou électronique dans le cadre de l'établissement d'un document pédagogique ou d'information et à des fins non commerciales.
  - que son image soit conservée et utilisée pour une durée illimitée, uniquement dans un but pédagogique et/ou d'information, sachant que je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Mairie de Blanzat, organisateur du centre.
  - Je renonce par la présente à solliciter une quelconque compensation à quelque titre que ce soit pour la participation de mon enfant à la prise de vue et sa diffusion.

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

Précédée de la mention manuscrite de « Lu et Approuvé »

<h2 style="margin: 0;">Nom et Prénom du 3<sup>ème</sup> enfant :</h2> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>	<h2 style="margin: 0;">Date de naissance :</h2> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
<input type="checkbox"/> GARÇON - <input type="checkbox"/> FILLE	Classe à la rentrée : _____

**Jour de fréquentation pour le restaurant scolaire :**

**Jour de fréquentation de la garderie :**

Pour l'année      **ou**       Planning au mois

Pour l'année      **ou**       Planning au mois

Jours	Repas de midi
Lundi	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>

Jours	Matin	Soir
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Au départ de la garderie, l'enfant sera pris en charge par :**       Parents       Rentrera Seul (à partir de 9 ans)

Autre personne (préciser son nom et son N° de Tél) : \_\_\_\_\_

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Régime alimentaire : \_\_\_\_\_

Préciser ci-dessous les difficultés de santé et dates (maladies, accidents, allergies, crises convulsions, hospitalisations, etc.)

---



---

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS** : Si l'enfant a des difficultés de santé (allergies ou autres), préciser la conduite à tenir. En cas de traitement, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**➔ Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance ← Ce dispositif concerne uniquement l'extrascolaire**

---



---

### DÉCLARATION DU CHEF DE FAMILLE (à compléter et à signer)

Je soussigné, M. ou Mme \_\_\_\_\_

Père - Mère, responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_

- autorise la Directrice(teur) des Accueils de Loisirs, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin des Accueils de Loisirs de Blanzat.
- m'engage à reverser aux Accueils de Loisirs de Blanzat le montant des frais engagés par elle en cas de maladie ou d'accident.
- autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par les Accueil de Loisirs de Blanzat.
- **m'engage à payer le solde des frais de séjour** incombant à la famille, **avant le début du séjour pour l'extrascolaire.**
- **m'engage à remplir soigneusement le dossier administratif et donner les renseignements obligatoires.**
- reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les termes.
- **Je donne mon autorisation pour que :**       Oui       Non
  - mon enfant soit photographié ou filmé lors de sa participation au centre de loisirs.
  - que son image soit reproduite sur support papier ou électronique dans le cadre de l'établissement d'un document pédagogique ou d'information et à des fins non commerciales.
  - que son image soit conservée et utilisée pour une durée illimitée, uniquement dans un but pédagogique et/ou d'information, sachant que je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification auprès **de la Mairie de Blanzat**, organisateur du centre.
  - **Je renonce par la présente à solliciter une quelconque compensation à quelque titre que ce soit pour la participation de mon enfant à la prise de vue et sa diffusion.**

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

Précédée de la mention manuscrite de « Lu et Approuvé »

<b>Nom et Prénom du 4<sup>ème</sup> enfant :</b>	<b>Date de naissance :</b>
<input type="checkbox"/> GARÇON - <input type="checkbox"/> FILLE	Classe à la rentrée : _____

**Jour de fréquentation pour le restaurant scolaire :**

Pour l'année      **ou**       Planning au mois

Jours	Repas de midi
Lundi	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>

**Jour de fréquentation de la garderie :**

Pour l'année      **ou**       Planning au mois

Jours	Matin	Soir
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Au départ de la garderie, l'enfant sera pris en charge par :**       Parents       Rentrera Seul (à partir de 9 ans)

Autre personne (préciser son nom et son N° de Tél) : \_\_\_\_\_

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Régime alimentaire : \_\_\_\_\_

Préciser ci-dessous les difficultés de santé et dates (maladies, accidents, allergies, crises convulsions, hospitalisations, etc.)

\_\_\_\_\_

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS** : Si l'enfant a des difficultés de santé (allergies ou autres), préciser la conduite à tenir. En cas de traitement, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**➔ Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance ➜ Ce dispositif concerne uniquement l'extrascolaire**

\_\_\_\_\_

### DÉCLARATION DU CHEF DE FAMILLE (à compléter et à signer)

Je soussigné, M. ou Mme \_\_\_\_\_

Père - Mère, responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_

- autorise la Directrice(teur) des Accueils de Loisirs, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin des Accueils de Loisirs de Blanzat.
- m'engage à reverser aux Accueils de Loisirs de Blanzat le montant des frais engagés par elle en cas de maladie ou d'accident.
- autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par les Accueil de Loisirs de Blanzat.
- **m'engage à payer le solde des frais de séjour** incombant à la famille, **avant le début du séjour pour l'extrascolaire.**
- **m'engage à remplir soigneusement le dossier administratif et donner les renseignements obligatoires.**
- reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les termes.
- **Je donne mon autorisation pour que :**       Oui       Non
  - mon enfant soit photographié ou filmé lors de sa participation au centre de loisirs.
  - que son image soit reproduite sur support papier ou électronique dans le cadre de l'établissement d'un document pédagogique ou d'information et à des fins non commerciales.
  - que son image soit conservée et utilisée pour une durée illimitée, uniquement dans un but pédagogique et/ou d'information, sachant que je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification auprès **de la Mairie de Blanzat**, organisateur du centre.
  - **Je renonce par la présente à solliciter une quelconque compensation à quelque titre que ce soit pour la participation de mon enfant à la prise de vue et sa diffusion.**

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

Précédée de la mention manuscrite de « Lu et Approuvé »