



DOSSIER D'INSCRIPTION AU « Q.G. DES SUPERS GAMINS »
ACCUEIL PERISCOLAIRE, CANTINE, MERCREDI et VACANCES SCOLAIRES

ANNEE 2022/2023

Enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Garçon

Fille

Parents

Père ou responsable légal de l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : ____/____/____/____/____

Tél. travail : ____/____/____/____/____

Tél. portable : ____/____/____/____/____

Adresse mail : _____

Profession : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____

Mère ou responsable légal de l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : ____/____/____/____/____

Tél. travail : ____/____/____/____/____

Tél. portable : ____/____/____/____/____

Adresse mail : _____

Profession : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____

Personnes à prévenir en cas d'urgence : Les personnes à prévenir en cas d'urgence seront appelées pour récupérer l'enfant dans le cas où les parents sont injoignables.

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. portable	Tél. domicile

J'autorise **les personnes désignées ci – dessous âgées d'au moins 10 ans** à venir récupérer mon enfant

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. portable	Tél. domicile

Un mail devra OBLIGATOIREMENT être envoyé à l'équipe d'animation à : accueilmontagny@sirs-montagnyenveuxin.fr si tout autre personne doit venir récupérer l'enfant.

Régime Sécurité Sociale :

- Régime Général** n° d'allocataire Caf : _____
- M.S.A.** n° d'allocataire MSA: _____

Assurance Responsabilité Civile :

Contrat N° _____

Assureur : _____

Pièces à fournir obligatoirement lors de l'inscription :

- . Une attestation d'assurance qui comprend : **la responsabilité civile de l'enfant, la garantie des dommages individuelles ET celle causée par un tier, l'assurance scolaire/périscolaire ET extrascolaire**
- . Une fiche sanitaire de liaison dûment complétée et signée
- . Dernier avis d'imposition 2022 (**sur revenus 2021**) **Pages 1 et 2**
- . Copie du livret de famille
- . Attestation employeur ou copie du dernier bulletin de salaire de chacun des parents
- . Copie des vaccinations à jour

Application du Tarif dégressif selon le Quotient familial

Un tarif dégressif peut être accordé à toutes les familles en fonction du quotient familial sur le barème de la CAF de l'Oise.

Barème 2 pour les familles domiciliées à Montagny-en-Vexin et Parnes, barème 1 pour les familles extérieures.

Ce tarif est valable et non révisable pour toute l'année scolaire.

Convention CAF PRO : Nous vous informons que la CAF de l'Oise met à la disposition du régisseur de l'accueil de Loisirs un service Internet à caractère professionnel lui permettant de consulter votre dossier. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations. Dans ce cas-là, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier, si vous souhaitez bénéficier d'un tarif dégressif.

J'autorise la consultation de mon dossier CAF afin de bénéficier d'un tarif dégressif.

N° ALLOCATAIRE CAF : _____

Je n'autorise pas la consultation de mon dossier CAF, et fournis les justificatifs afin de bénéficier d'un tarif dégressif.

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

1. Déclaration de ressources

Une copie de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition

Attention : si une famille ne fournit pas les documents permettant de calculer son Quotient Familial, le tarif le plus élevé sera appliqué.

2. Suivi sanitaire :

Une fiche sanitaire de liaison par enfant dûment complétée et signée accompagnée de la copie des pages de vaccination du carnet de santé.

Attention : le cas échéant, faire figurer les régimes alimentaires (Régime classique, végétarien, sans porc ou allergies)

3. Pratique Alimentaire :

Régimes alimentaires (sans sel, sans sucre, sans porc...) :

Allergies (fournir un certificat médical) :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Autorise mon enfant

- À participer à toutes les activités de l'Accueil Collectif de Mineurs organisées à Montagny-en-Vexin.
- À utiliser tous types de transports collectifs.
- Autorise le Responsable de l'ACM à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
- Je certifie détenir une assurance de responsabilité civile à jour pour mon enfant.
- Je certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription, d'annulations relatives aux accueils et du règlement intérieur. Je m'engage à les respecter.
- J'autorise oui non mon enfant à figurer sur les photos ou films qui pourront être faits dans le cadre des activités **et je m'engage à ne pas diffuser les photos et vidéos sur internet si ceux-ci impliquent des enfants autres que le mien.**

Ces images seront strictement utilisées dans les publications du centre périscolaire et l'ALSH de Montagny-en-Vexin (expositions, cahiers vacances loisirs, Clips Echos, journaux locaux, site internet et journal municipal).

- J'autorise oui non mon enfant d'âge élémentaire à quitter seul les accueils à l'issue des Temps d'Accueils Périscolaires et Extrascolaires le soir pour se rendre à son domicile.
- **Je libère toute responsabilité à l'équipe du Q.G. si mon enfant est amené à participer aux cours dispensés par les associations au cours de l'année. (Fiche « associations » à compléter)**

Je m'engage également :

- à me conformer au règlement intérieur des accueils qui m'a été fourni.
- à expliquer à mon enfant que les activités ACM doivent se dérouler dans le respect des personnes, du matériel, des locaux, des intervenants et des autres enfants.
- à verser les sommes dues selon les tarifs délibérés par le SIRS.

Fait à _____, le _____

Signature des parents, (faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »)

Signature du père (ou tuteur) ou/et Signature de la mère (ou tutrice)

S.I.R.S Montagny-en-Vexin / Parnes

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

Année scolaire :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :