



**COMMUNAUTE DE COMMUNES AUXONNE VAL DE SAONE
RUELLE DE RICHEBOURG
03 80 27 03 20**

DOSSIER D'INSCRIPTION 2010-2011 :

ACCUEIL PERISCOLAIRE

RESTAURATION SCOLAIRE

CENTRES DE LOISIRS

**Ce document est à remettre à la Communauté de
communes CONTRE RECEPISSE**

Nom, prénom de l'enfant :

Ecole : **Ville :** **Classe :**

Date de naissance : ... / ... / ... **Lieu de naissance :** **Sexe :** F / M

Régime de protection sociale dont dépend votre enfant :

Régime général, régime MSA, autre régime (SNCF, armée, CGOS,....) _____

Numéro d'allocataire CAF:

Numéro de sécurité sociale dont dépend votre enfant :

Merci de remplir le document lisiblement en lettres majuscules

Représentant légal 1: Père, Mère ou responsable de l'enfant

Nom, prénom :

Adresse :

☎ : Domicile..... Portable..... @ :

Profession :..... 🏢 : Travail.....

Représentant légal 2: Père, Mère ou responsable de l'enfant

Nom, prénom :

Adresse :

☎ : Domicile..... Portable..... @ :

Profession :..... 🏢 : Travail.....

Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence ET/OU autorisées à venir chercher l'enfant dans la structure (conjoint, nourrice...):

Nom, prénom :

Adresse :

☎ : Domicile..... Portable..... @ :

Profession :..... 🏢 : Travail.....

Nom, prénom :

Adresse :

☎ : Domicile..... Portable..... @ :

Profession :..... 🏢 : Travail.....

Attention : Seuls les enfants dont les parents nous auront remis une autorisation écrite, pourront quitter seuls les accueils

Renseignements sanitaires SE REFERER AU CARNET DE SANTE

VACCINS OBLIGATOIRES:

Diphthérie : Tétanos :Poliomyélite :DT Polio : Tétracoq. :.....

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.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant suit-il un traitement médical (O/N) :

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant (boîtes médicaments dans emballage d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant). Si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil **contactez le responsable**.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole (O/N) : Varicelle (O/N) : Angine (O/N) : Rhumatisme (O/N) :.....
Scarlatine (O/N) : Coqueluche (O/N) : Otite (O/N) :Rougeole (O/N) :
Oreillons (O/N) :

Asthme (O/N) : Si OUI, conduite à tenir :

Allergie Médicamenteuse (O/N) :
Si OUI, conduite à tenir :

OBSERVATIONS :

Difficultés de santé (ex : sommeil, incontinence...) :.....
Allergie Repas :PAI :
Port de lunettes ou prothèse :
Autres :

MEDECIN TRAITANT :

NOM : _____ ☎ : _____

Adresse : _____

Assurance responsabilité civile

Compagnie :.....

Numéro d'adhérent :
.....

Autorisation d'exploitation d'images

J'autorise la Communauté de Communes d'Auxonne Val de Saône à utiliser des images de mon enfant dans le cadre de sa communication sur tous les supports d'information présents ou à venir (plaquette, guides pratiques, journal périscolaire, site internet...) à l'exclusion de toute exploitation commerciale.

J'atteste ne prétendre à aucune indemnité, en argent ou en nature, actuellement ou dans le futur.

Secours en cas d'urgence

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis

LES INSCRIPTIONS AUX SERVICES S'EFFECTUENT A L'AIDE D'UNE FICHE A PRE-REPLIR AU MOIS A REMETTRE A CHAQUE RESPONSABLE DE SITE. LES MODIFICATIONS NE POURRONT PLUS S'EFFECTUER AVEC UN DELAI DE 48H. DESORMAIS **LE DELAI DE MODIFICATION EST LE JEUDI DE LA SEMAINE A POUR LA SEMAINE B.**

- UNE MAJORATION DE **5 EUROS** SERA APPLIQUEE SYSTEMATIQUEMENT SI L'INSCRIPTION A UN SERVICE N'EST PAS EFFECTUEE UNE SEMAINE A L'AVANCE.
- UNE MAJORATION SERA APPLIQUEE SYSTEMATIQUEMENT SI LE RESPECT DE L'HORAIRE DE FERMETURE A SAVOIR 18H45 N'EST PAS RESPECTE. LE SERVICE UTILISE **SERA FACTURE DOUBLEMENT.**

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2

FICHE À RETOURNER AVEC LES DOCUMENTS OBLIGATOIRES SUIVANTS (photocopies)

- () Dernier avis d'imposition ou de non imposition 2009 (recto et verso)
- () Attestation de responsabilité civile
- () Livret de famille (parents – enfants)
- () Carnet de santé (vaccinations)
- () Jugement de divorce et pension alimentaire
- () Pour les enfants allergiques, le Projet d'Accueil Individualisé
- () Attestation d'aide aux temps libres CAF 2010

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ

MYRIAM BRESSON ET NATHALIE NOEL SONT A VOTRE ECOUTE POUR TOUTE
QUESTIONS RELATIVES AUX SERVICES

COMMUNAUTE DE COMMUNES AUXONNE VAL DE SAONE

Ruelle de Richebourg 21 130 AUXONNE

Tél : 03.80.27.03.20 Fax : 03.80.27.03.21

Courriel : avds.mbresson@orange.fr