



## Dossier d'inscription 2020/2021

**CE DOSSIER EST OBLIGATOIRE MEME SI VOTRE ENFANT A DEJA ETE INSCRIT DANS NOS SERVICES. SANS CE DOSSIER DUMENT COMPLETE VOTRE ENFANT NE POURRA ETRE ACCEPTE AUX ACCUEILS GERES PAR LE CENTRE SOCIAL.**

✓ **Pour les réinscriptions :**

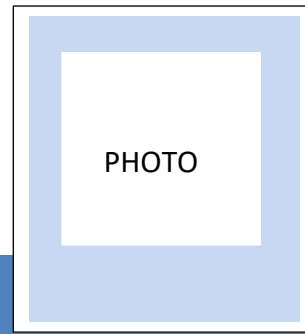
Vous devez compléter le dossier et le déposer soit dans la boîte aux lettres à l'accueil du Centre Social ou l'envoyer par mail uniquement en version PDF : [christine.boisteux@centre-social-rural-lamorlaye](mailto:christine.boisteux@centre-social-rural-lamorlaye).

✓ **Pour tout nouveau dossier :**

Un rendez-vous est obligatoire auprès de Christine BOISTEUX - secrétariat enfance ([christine.boisteux@centre-social-rural-lamorlaye.org](mailto:christine.boisteux@centre-social-rural-lamorlaye.org) ou 03 44 21 10 71)

Les informations recueillies sur ce dossier sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'**association du Centre Social Rural** de Lamorlaye pour la **gestion des usagers**. Elles sont conservées pendant 1 an et sont destinées aux accueils collectifs de mineurs et aux établissements d'accueil du jeune enfant. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant :

**Le Centre Social Rural de Lamorlaye**  
**87, Avenue de la libération 60260 Lamorlaye**



## Dossier d'inscription 2020/2021

Nom Prénom	
Date de naissance	
Classe	
Ecole	

	RESPONSABLES LEGAUX	
Nom – Prénom		
Adresse		
Numéro de téléphone		
Adresse mail		
Numéro de Sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché		
Régime allocations familiales et numéro allocataire (CAF / MSA / AR)		
Autres personnes à contacter en cas d'urgence (Nom – lien de parenté et N° de téléphone)		
Autres personnes avec qui mon enfant pourra repartir (Nom – lien de parenté et N° de téléphone)		

## AUTORISATION TRANSPORT ET TRAJET

### J'autorise mon enfant :

- |  |   |
|--|---|
| ✓ A utiliser un moyen de transport sous la surveillance du personnel         | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| ✓ A participer à des activités extérieures sous la surveillance du personnel | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| ✓ A venir seul au Centre Social  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| ✓ A rentrer seul dans le cadre des horaires fixés                            | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

## AUTORISATION PHOTO – VIDEO

Dans le cadre d'informations, plaquettes, expositions, site internet du Centre Social (et uniquement dans ce cadre), le Centre Social peut être amené à utiliser la photo de votre enfant.

J'autorise donc le Centre Social à utiliser la photo de notre enfant.

Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.**

**⚠ Le vaccin antitétanique ne peut faire l'objet d'un certificat.**

Régime alimentaire spécifique : \_\_\_\_\_

Votre enfant suit-il un traitement Oui  Non

Si le traitement est à prendre pendant sa présence dans notre structure 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 administré sans ordonnance.**

Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé Oui  Non

Si oui merci de nous communiquer une copie de celui-ci

Votre enfant a-t-il une allergie alimentaire ou autres Oui  Non

Si oui précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé Oui  Non

Si oui précisez les causes et les précautions à prendre ou recommandations.

Autres recommandations : (lunettes, lentilles, prothèse, etc...) \_\_\_\_\_

## REGLEMENT DES FACTURES

Je soussigné(e) (Nom – Prénom) : \_\_\_\_\_

M'engage à régler les factures émanant du service.

## APPROBATION

- ✓ J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.
- ✓ Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.
- ✓ J'indique mon numéro Allocataire CAF ou MSA pour une consultation des données financières sur mon compte afin d'établir mon tarif. Si mon compte n'est pas activé, je fournirai une copie de ma feuille d'imposition qui sera conservée le temps de la validation de ce tarif pour l'année civile en cours.
- ✓ Je joins obligatoirement au dossier la photocopie des pages de vaccins.
- ✓ Je déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille.

Date - Signature  
« Lu et Approuvé