Communauté de Communes du
Mont des Avaloirs

DOSSIER D'INSCRIPTION

ENFANCE De 3 ans (scolarisé) à 12 ans maximum (entrée au collège)			
ALSH LE HAM	☐	ASLH VILLAINES LA JUHEL	☐
ALSH COURCITE	☐	ASLH PRE EN PAIL SAINT SAMON	☐
ALSH AVERTON	☐	ALSH JAVRON LES CHAPELLES	☐
ALSH GESVRES	☐	ALSH SAINT PIERRE DES NIDS	☐

JEUNESSE De l'entrée au collège à 18 ans	☐

Ce dossier est valable pour l'année scolaire en cours : 2016/2017

Cadre réservé au service

PIECES ET RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR :

☐ Dossier d'inscription et règlement intérieur du service complétés et signés
☐ Fiche sanitaire de liaison (à remplir chaque année)
☐ Vos numéros d'allocataire CAF, MSA ou autre
☐ Copie du justificatif du quotient familial
☐ Votre numéro d'assuré social
☐ Photo d'identité
☐ Photocopie d'une attestation d'assurance de responsabilité civile. Valable jusqu'au _____

Documents Facultatifs en fonction des activités

☐ Certificat médical d'aptitude au sport de l'année ou copie d'une licence de sport en cours. Valable jusqu'au _____
☐ Brevet de natation ou attestation dans le cadre des activités nautiques suivant l'âge du jeune inscrit au service

Cadre réservé au service

INFORMATIONS IMPORTANTES A RETENIR (Allergies, traitement,…) :

ENFANT/JEUNE

Collez la photo ICI

☐ Fille ☐ Garçon

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ……/……/……

Age : .....

1 rue de la Corniche de Pail - Pré en Pail 53140 PRE EN PAIL SAINT SAMSON
02 43 30 11 11 - accueil@cc-montdesavaloirs.fr - www.cc-montdesavaloirs.fr

RESPONSABLES LÉGAUX DU MINEUR

Père / Tuteur :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél fixe : .....

Tél portable : .....

Courriel : .....

Mère / Tuteur :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél fixe : .....

Tél portable : .....

Courriel : .....

Coordonnées de la personne à qui sera envoyé l'avis des sommes à payer :

Nom - Prénom : .....

N° rue ou lieu dit : .....

CP + Commune : .....

N° Sécurité sociale : .....

N° allocataire CAF : .....

N° allocataire MSA : .....

Autre (précisez) : .....

Quotient familial (pour la Communauté de Communes du Mont des Avaloirs) :

- ☐ entre 0 et 900
- ☐ entre 901 et 1200
- ☐ entre 1201 et +/Non Communiqué

Joindre le justificatif, à défaut le quotient familial le plus élevé sera appliqué

EN CAS D'URGENCE, QUI PRÉVENIR ?

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville :

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Médecin traitant (nom, prénom) : .....

Tél. cabinet : .....

AUTORISATION PARENTALE ET MONOPARENTALE

Je soussigné(e) .....
Responsable légal(e) du mineur .....

OUI	NON	
		Commun à tous les services
		Autorise tout médecin à intervenir en cas d'urgence et, si nécessaire, sous anesthésie.
		S'engage à fournir toutes les pièces justificatives du dossier.
		Atteste avoir lu, pris connaissance et accepté les conditions d'encadrement pédagogique selon le règlement intérieur.
		Autorise mon enfant à pratiquer des activités sportives.
		Autorise mon enfant à se baigner dans les endroits autorisés et selon les conditions fixées par la réglementation.
		Service Enfance
		Autorise la collectivité à transporter mon enfant dans le cadre des activités proposées.
		Autorise la collectivité à reproduire librement des photographies ou image de ma personne et de mes enfants dans ses différentes publications, dans le cadre de ses activités et représentations.
		Je soussigné(e) /Nous soussignons parent(s) de l'enfant _____, nous engageons à le récupérer à la fin de la journée de l'accueil de loisirs en nous présentant à un animateur, sauf recommandation particulière (à préciser à l'écrit à l'attention du directeur). A défaut d'être disponible, nous remplirons le document ci-joint (attestation de décharge) et le fournirons au plus tard la veille, aux responsables de l'accueil. Nous réalisons que sans ce document, les responsables considéreront que notre enfant n'est pas autorisé à quitter l'accueil de loisirs.
		Service Jeunesse
		Autorise la collectivité à transporter mon enfant dans le cadre des activités proposées.
		Autorise mon enfant à être photographié pour paraître dans la presse ou dans les documents publiés par la collectivité (bulletin communautaire, tract…)
		Autorise mon enfant à être transporté en car, minibus ou véhicule de service de la CCMA.
		Autorise mon enfant, à rentrer accompagné à l'issue des activités proposées. Si oui, une pièce d'identité sera demandée à la personne (cf. autorisation parentale).

Fait à ……, le…….

Signature du (ou des) Représentant (s),
précédée de la mention « bon pour autorisation »

Vacances HIVER →

Signature + date
Précédé de la mention « Lu et Approuvé »

Vacances PRINTEMPS →

Signature + date
Précédé de la mention « Lu et Approuvé »

Vacances ETE →

Signature + date
Précédé de la mention « Lu et Approuvé »

Vacances AUTOMNE →

Signature + date
Précédé de la mention « Lu et Approuvé »

Vacances de FIN D'ANNÉE →

Signature + date
Précédé de la mention « Lu et Approuvé »

Communauté de Communes du Mont des Avaloirs

AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE (sujet mineur)

Modèle	Photographe
NOM …… PRENOM …… Date de naissance …… Téléphone …… Mail : …… …… 1er Représentant légal (Nom, Prénom) : …… …… Qualité (père/mère/tuteur) …… Tel : …… Mail : …… 2ème représentant légal (Nom, Prénom) : …… …… Qualité (père/mère/tuteur) …… Tel : …… Mail : ……	Communauté de Communes du Mont des Avaloirs NOM …… PRENOM ……

Le Photographe a réalisé une ou plusieurs photographies sur lesquelles apparaît le modèle. Ces images ont été réalisées en date du ……à …… (lieu des prises de vues).

1 rue de la Corniche de Pail – Pré en Pail 53140 PRE-EN-PAIL-SAINT-SAMSON
02 43 30 11 11 - accueil@cc-montdesavaloirs.fr - www.cc-montdesavaloirs.fr

Article 1 - Mode de diffusion

Le modèle (qui atteste ne pas être lié avec un tiers par un contrat d'exclusivité sur son image) autorise expressément la Communauté de Communes du Mont des Avaloirs à faire usage des photographies visées ci-dessus pour tous les usages ci-dessous :
Journal intercommunal - Bulletin municipal – Site internet – Brochure – Affiche - Flyer – Projections publiques - Presse

Article 2 - Durée de l'autorisation

La présente autorisation est accordée pour une durée de 5 ans à compter de sa signature.

Article 3 - Engagement du photographe

La Communauté de Communes du Mont des Avaloirs s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation du modèle, ni d'utiliser les photographies objets de la présente autorisation sur tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Article 4 - Conditions de l'accord

Le modèle confirme que son autorisation est donnée en connaissance de cause sans contrepartie. Il manifeste ainsi son intérêt et son soutien à la communication de la Communauté de Communes du Mont de Avaloirs. Il ne pourra prétendre à aucune rémunération du fait des utilisations des images réalisées.

Autorisation soumise au Droit français - Tout litige relatif à son exécution, son interprétation ou sa résiliation sera soumis aux Tribunaux français.

Fait à …….. le ……

1er représentant légal du modèle,

Le photographe
(au nom de la Communauté de Communes du Mont des Avaloirs),

2ème représentant légal du modèle,

Communauté de Communes du
Mont des Avaloirs

ENFANCE – JEUNESSE
Règlement du Service

approuvé par délibération n° 2016CCMA048
du Conseil de Communauté en date du 12 mai 2016

Article 1. Bénéficiaires

Le service est ouvert à tout enfant ou jeune domicilié sur le territoire de la Communauté de Communes du Mont des Avaloirs, à savoir :

- ENFANCE : De 3 ans (scolarisé) à 12 ans maximum (entrée au collège)
- JEUNESSE : De l'entrée au collège à 18 ans

Le service animation intègre tout jeune sans distinction de sexe, d'origine sociale ou de culte. Pouvant être défini comme un outil au service de la population visant à l'éducation de jeunes citoyens, il est un espace de médiation, d'écoute et d'expression par tous et pour tous dans le respect de chacun.

Article 2. Responsabilité

Les responsabilités du service animation enfance jeunesse ne sont engagées que pendant les temps d'activités et d'encadrement.

Le fonctionnement est agréé par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations.

L'encadrement répond aux exigences des qualifications requises. Sans autorisation parentale, aucun enfant ne pourra partir seul à l'issue des activités proposées.

Article 3. Inscriptions - Annulation

Un seul dossier d'inscription sera établi par année scolaire et les fiches d'inscriptions seront remplies à chaque période d'accueil.

Les inscriptions ne seront définitives que lorsque toutes les pièces seront rendues, datées et signées, accompagnées le cas échéant du règlement des frais de participation.

S'il y a une annulation d'inscription, le remboursement ou la non facturation ne sera possible qu'en cas de présentation d'un certificat médical ou d'une pièce justificative probante de la force majeure (décès...).

En cas d'inscription tardive, une majoration de 5% de la prestation sera appliquée et le dossier devra impérativement être reçu dans un délai de 48 heures avant le début de l'accueil de loisirs.

Toute annulation d'accueil par la collectivité entrainera le remboursement complet aux familles.

Article 4. Moyens de paiement

Différents modes de paiement pourront être acceptés (ex : chèques vacances, tickets CAF, tickets MSA, chèque d'accompagnement personnalisé, etc.).

Article 5. Discipline - Respect

Tout objet dangereux est strictement interdit (couteau, allumettes, briquet...). Les parents doivent s'assurer que leur enfant ne détient pas ces objets lors de sa participation aux activités.

La prise d'alcool, de drogues, de produits illicites est formellement interdite.

Pendant les activités, le jeune est sous la responsabilité de l'équipe pédagogique. Il s'engage à respecter le présent règlement, les autres participants et les consignes des encadrants.

Le non respect du présent règlement entrainera l'exclusion, temporaire ou définitive, de l'enfant.

Par son projet éducatif et ses objectifs pédagogiques, l'équipe d'animation intercommunale est garante de la sécurité physique et morale des jeunes. Toute violence, qu'elle soit physique, psychologique ou verbale est exclue de part et d'autre et ce, sous n'importe quelle forme que ce soit.

Le personnel n'administre aucun médicament au jeune sauf sur ordonnance médicale (joindre les documents relatifs).

Article 6. Responsabilité des familles

Les parents sont responsables. Ils s'engagent donc à respecter les horaires de début et fin d'activités et/ou de prise en charge par le transport. Ceux-ci sont indiqués sur les plaquettes d'activités. De ce fait, ils doivent s'assurer que leur enfant se rend bien à l'activité ou au lieu de l'activité à laquelle il est inscrit.

Pour le service Enfance, une garderie est proposée aux familles le matin et le soir (cf. programme d'activités).

La Communauté de Communes et ses partenaires organisateurs déclinent toute responsabilité en dehors des temps d'accueil et des créneaux d'activités qui sont proposés.

Article 7. Tenues vestimentaires

Les enfants devront avoir une tenue correcte et adaptée à l'activité choisie et à la météo.

Pour une pratique sportive, un jogging avec une paire de chaussure de sport sont suffisants.
Pour une activité manuelle, des vêtements ne craignant pas des salissures parfois irréversibles.
Pour les séjours la liste composant le trousseau sera remise lors des réunions avec les parents.

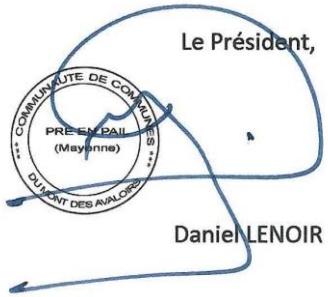
Article 8. Divers

Les objets de valeur (téléphone, tablette, bijoux,…) sont déconseillés. En cas de perte ou de vol, les organisateurs ne peuvent être tenus pour responsables.

Fait à ……le …….

<u>Précédé de la mention « *lu et approuvé* »</u>
Le Représentant Légal

Le Président,



Daniel LENOIR

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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**
Diphtérie				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** pendant le séjour ? 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	

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).....

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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Copaint 01 64 66 3000