

Dossier d'inscription

Accueil de loisirs
Du lundi 10 au vendredi 28 juillet 2023
De 7h à 18h30





Lundi 10 au vendredi 28 juillet 2023

L'ENFANT :

Nom Prénom : Date de naissance : __/__/__ Age :

Sexe : Fille Garçon

Adresse :

Ville : Code postal :

Période souhaitée :
10 au 13 juillet 2023
17 au 21 juillet 2023
24 au 28 juillet 2023

Présence journalière : Préciser le ou les jours :

RESPONSABLE À PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

► **Mère**
Nom :
Prénom :
Adresse (si différente de l'enfant) :
Ville :
Code postal :
Tél (domicile) :
Tél (travail) :
Portable :
Employeur :
N° sécurité sociale :

► **Père**
Nom :
Prénom :
Adresse (si différente de l'enfant) :
Ville :
Code postal :
Tél (domicile) :
Tél (travail) :
Portable :
Employeur :
N° sécurité sociale :

Préciser une adresse mail pour recevoir les informations de l'accueil de loisirs :
.....

► **Renseignements relatifs à votre régime d'allocations familiales**

Caisse d'allocation familiales de :
 MSA :
 Autres :
Numéro d'allocataire :

► **Renseignements particuliers**

L'enfant sait-il nager ? Oui Non
L'enfant peut-il rentrer seul chez lui ? Oui Non
Si « non » avec qui repart-il :
L'enfant peut-il participer aux activités ? Oui Non
L'enfant a-t-il déjà été inscrit à l'accueil de loisirs d'Asnières-sur-Oise ? Oui Non

Merci de joindre un chèque de 76 euros à l'ordre de RRSCE pour valider l'inscription PIÈCES À FOURNIR (si votre enfant n'a pas fréquenté l'accueil de loisirs en 2022/2023) :

- Projet d'accueil individualisé (P.A.I)
- Avis d'imposition 2020
- Attestation de responsabilité civile

Je soussigné(e) : Responsable légal de l'enfant :

- ✓ Certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription figurant sur le dossier.
- ✓ M'engage à communiquer au directeur tout changement de situation familiale (adresse...)
- ✓ Autorise le directeur ou son représentant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

► Les données recueillies sur ce formulaire sont conservées par la commune d'Asnières-sur-Oise afin de gérer les inscriptions le l'accueil de loisirs de février 2023 et sont collectées par le service Enfance/Jeunesse. Elles sont conservées pendant un an. La base juridique du traitement repose sur votre consentement. Conformément à la réglementation en matière de protection des données à caractère personnel (loi du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement général sur la protection des données n°2016/679), vous pouvez retirer votre consentement à tout moment au traitement de vos données ; vous pouvez également exercer vos droits d'accès aux données, de rectification, d'opposition, de limitation, ou d'effacement en contactant le délégué à la protection des données personnelles de la collectivité en envoyant un courriel à dgd@ciyversailles.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation

Accueils service enfance jeunesse

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ÉCOLE DE :

CLASSE DE :

AUTORISÉ(E) À PARTIR SEUL (élémentaire) : oui non

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :
.....

ASSURANCE (responsabilité civile) Nom et N° de police :
.....

GARÇON FILLE

<u>NOM PRÉNOM du PARENT 1 :</u>	Téléphone portable	Téléphone bureau ou fixe
<u>NOM PRÉNOM du PARENT 2 :</u>	Téléphone portable	Téléphone bureau ou fixe
Personnes à contacter et qui peuvent le récupérer : NOM – PRÉNOMS et lien de parenté		
1 -	Téléphone portable	Téléphone bureau ou fixe
2 -	Téléphone portable	Téléphone bureau ou fixe
3 -	Téléphone portable	Téléphone bureau ou fixe
4 -	Téléphone portable	Téléphone bureau ou fixe

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant et joindre les copies).

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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ou 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.

A titre indicatif 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 AIGÜ 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 MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

REPAS : SANS PORC oui non MEDICAMENTEUSES oui non
SANS VIANDE oui non AUTRES

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 – ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e).....
responsable légal de l'enfant, (préciser nom et prénoms.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant ; Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature



ASNIÈRES-SUR-OISE
entre Nature et Histoire

Droit à l'image – Personnes mineures

*Vu le Code civil, en particulier son article 9, sur le respect de la vie privée,
Vu le Code de la propriété intellectuelle,*

Dans le cadre des activités périscolaires se déroulant dans la commune d'Asnières sur Oise

Je soussigné(e) autorise la Commune d'Asnières-sur-Oise à photographier mon enfant (nom) : ; (prénom) : et à utiliser son image pour l'évènement mentionné ci-dessus et pour les modes d'exploitation suivants :

- Les publications (journal municipal, brochures, plaquettes, livret d'accueil...)
- Les campagnes d'affichages
- Des expositions ultérieures temporaires
- Le site internet de la commune
- Les réseaux sociaux

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord :

- pour la fixation et l'utilisation de son image dans le contexte exclusif de exposé ci-avant,
- pour l'utilisation de ses noms et prénoms à des fins d'exploitation ci-dessus définies,

OUI

NON

Fait à **Signature :**

Le (date)

Les informations et autorisations recueillies via le présent formulaire sont destinées à la commune d'Asnières-sur-Oise. dans le cadre mentionné ci-dessus et sont conservées à vie. Les images objets de l'autorisation font l'objet d'un traitement informatique et sont nécessaires à l'exécution de cette autorisation. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679, les personnes concernées bénéficient de droits. Les mineurs bénéficient dans ce cadre d'un droit d'accès, de rectification, de retrait du consentement au traitement concernant leurs données, qui sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Si vous souhaitez exercer ces droits et obtenir communication des informations vous concernant, ou pour toute question relative à ce traitement de données, veuillez-vous adresser à dpd@cigversailles.fr. Vous pouvez également consulter le site internet de la CNIL <cnil.fr> pour plus d'informations

TARIF APPLICABLE
POUR L'ANNEE
SCOLAIRE
T....

MAIRIE D'ASNIERES SUR OISE
FICHE DE CALCUL DE LA MODULATION DES TARIFS
ANNEE SCOLAIRE JANVIER 2023 A JUILLET 2023

Nom de famille :

Nom et Prénom des enfants inscrits aux services à tarifs modulés :

.....

.....

Adresse :

N° allocataire C.A.F. :

Rappel :

<u>Tranches</u>	<u>Quotient familial</u>
T1	Jusqu'à 400.00 €
T2	Jusqu'à 800.00 €
T3	Jusqu'à 1 200.00 €
T4	Jusqu'à 1 600.00 €
T5	Jusqu'à 2 000.00 €
T6	Supérieur à 2 000.00 €



Tous justificatifs non fournis entraîneront systématiquement une facturation au T6

Justificatifs à fournir :

- Avis d'imposition 2021 (correspondant aux revenus 2020 déclarés), ou à défaut justificatifs des revenus 2020.
- Attestation de la C.A.F. précisant le montant des allocations familiales que vous percevez pour année 2022.
- Copie intégrale du livret de famille.

Calcul du quotient familial :

Revenu net fiscal (ou ressources annuelles) :

Montant des allocations familiales / mois :

TOTAL REVENUS / MOIS :

Nombre de parts :

QUOTIENT FAMILIAL :

Soit par mois :
