

DOSSIER INSCRIPTION RATZ-HAUT

Tel: 05-53-59-07-32

Mel : rathhaut@sarlat.fr


**Sarlat
Périgord Noir**

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT

| | | | |
|-----|--|--------|--|
| NOM | | Prénom | |
|-----|--|--------|--|

Renseignements sur la famille

| RESPONSABLE 1 | | RESPONSABLE 2 | |
|-------------------|--------|-------------------|--------|
| Monsieur | Madame | Monsieur | Madame |
| NOM | | NOM | |
| Prénom | | Prénom | |
| Date de naissance | | Date de naissance | |
| Adresse postale | | Adresse postale | |
| | | | |
| Tel | | Tel | |
| m@il | | m@il | |

- Situation familiale : Marié Union maritale Pacsé Divorcé
Séparé Célibataire Veuf / Veuve
- Régime : Général (CAF)
 MSA
 AUTRE (Précisez :
- N°d'allocataire CAF : _____ Quotient Familial :
- Nom de la police d'assurance responsabilité civile :
 N° _____ Date échéance .. / .. / ..
- Nombre d'enfant(s) :
- Nombre total d'enfant(s) à charge :
- Bénéficiaire du RSA : oui non

Renseignements relatifs au responsable 1

- Profession :
- Employeur :
- Téléphone pro :

Renseignements relatifs au responsable 2

- Profession :
- Employeur :
- Téléphone pro :

Renseignements relatifs à l'enfant

- Nom : Prénom :
- Sexe : masculin féminin
- Date de naissance : Lieu de naissance :
- Niveau scolaire :
- École / Établissement :
- Bénéficiaire AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé):
oui non

Renseignements médicaux

- Nom du médecin traitant : Tel :
- Allergie(s) : oui non
Si oui, précisez :

- Régime(s) alimentaire(s) : oui non

Si oui, précisez :

- Antécédent(s) médical(aux) : oui non

Si oui, précisez :

- Maladie(s) : oui non

Si oui, précisez :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant et à contacter

| NOM | Prénom | Tel | Récup. (cochez) | Contacteur (cochez) |
|-----|--------|-----|--------------------|------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Autorisations

| AUTORISATIONS | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Appliquer de la crème solaire | | |
| Appeler le médecin, les pompiers ou faire transférer l'enfant à l'hôpital si nécessaire | | |
| Filmer/photographier pour un usage interne (activités) et externe (site internet, presse, etc...) | | |
| Autoriser l'enfant à rentrer seul à la descente du transport du soir | | |
| Participer aux sorties (transport bus/minibus + activité) organisées par la structure | | |
| Autoriser le transport de l'enfant pour se rendre au centre ou pour rentrer le soir (voir arrêts ci-après) | | |
| Réaliser les soins intimes (essuyer les fesses, changer en cas de pipi/caca à la culotte) | | |
| Délivrer des médicaments pendant l'accueil avec ordonnance du médecin | | |
| L'enfant sait-il nager ? | | |
| AUTRES | OUI | NON |
| APPROBATION REGLEMENT INTERIEUR | | |
| MISE EN PLACE D'UN PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) | | |

Lu et approuvé
Signatures du(es) responsable(s)

Documents à fournir

| DOCUMENT | OK | DOCUMENT | OK |
|--|----|--|----|
| FICHES INFORMATIONS | | PHOTO D'IDENTITE | |
| PHOTOCOPIES VACCINS | | JUSTIFICATIF AIDES CAF/MSA/CD/EMPLOYEUR ... | |
| ATTESTATION ET N° ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE | | PAI | |
| RIB (si prélèvement automatique) + AUTORISATION PRELEVEMENT | | ATTESTATION RSA | |

Renseignements arrêts de bus ALSH le Ratz-Haut

Merci de cocher les arrêts souhaités pour la réception et/ou le dépôt de votre enfant.

| Arrêts | Matin | | Soir | |
|---------------------------|---------------------|--|-----------------------|--|
| <i>La Canéda</i> | 8h30 | | 18h05 | |
| <i>Les Chênes Verts</i> | 8h35 | | 18h00 | |
| <i>Le Sablou</i> | 8h38 | | 17h57 | |
| <i>Le Pontet</i> | 8h40 | | 17h55 | |
| <i>Place Pasteur</i> | 8h45 | | / | |
| <i>La Poste</i> | / | | 17h50 | |
| <i>Marché aux Noix</i> | 8h50 | | 17h45 | |
| <i>Pouget</i> | 8h55 | | <i>Sarrazin</i> 17h40 | |
| <i>Place Sarrazin</i> | 8h57 | | <i>Pouget</i> 17h38 | |
| <i>Accueil de Loisirs</i> | A partir de 7h30 | | Jusqu'à 18h15 | |