

## DOSSIER INDIVIDUEL D'INSCRIPTION-2025

### 1. L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Né-e le : ..... / ..... / ..... Ville : ..... Nationalité : .....  
Nom établissement scolaire : ..... Classe : .....

### 2. LA FAMILLE

☐ Madame\*    ☐ Monsieur\*    ☐ Madame et Monsieur\*    ☐ Monsieur et Monsieur\*    ☐ Madame et Madame \*  
☐ Ne pas préciser \*    (\* intitulé souhaité pour la correspondance)

Nom(s) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

☎ Mobile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

E-mail : ..... @ .....

Régime social de rattachement : Général ☐ Agricole (MSA) ☐ Autres ☐

N° allocataire CAF ( Nom de l'allocataire : ..... ) : .....

Ou

N° allocataire MSA ( Nom de l'allocataire : ..... ) : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Compagnie d'assurance <sup>(1)</sup> de la RC : .....

N° de police d'assurance RC <sup>(1)</sup> : ..... Date d'échéance : ..... / ..... / .....

[Joindre l'attestation d'assurance](#)

### 3. ETAT CIVIL DES PARENTS

#### RESPONSABLE 1

Nom : ..... Prénom : .....

Né-e le : ..... / ..... / .....

Ville : .....

Nationalité : .....

Adresse (si différente « FAMILLE ») : .....

☎ Mobile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

☎ Lieu de travail : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

E-mail (si différent « FAMILLE ») : ..... @ .....

Autorité Parentale :

Oui ☐

Non ☐

#### RESPONSABLE 2

Nom : ..... Prénom : .....

Né-e le : ..... / ..... / .....

Ville : .....

Nationalité : .....

Adresse (si différente « FAMILLE ») : .....

☎ Mobile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

☎ Lieu de travail : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

E-mail (si différent « FAMILLE ») : ..... @ .....

Autorité Parentale :

Oui ☐

Non ☐

4. **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

|                                                                                                              |                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>VACCINATIONS</b><br>Joindre obligatoirement l’attestation du médecin ou la copie du carnet de vaccination | Date du dernier rappel vaccin DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite) :<br><br>..... /..... /..... |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Vigilances médicales                                | Oui | Non | Commentaires et conduites à tenir |
|-----------------------------------------------------|-----|-----|-----------------------------------|
| Pollens – Acariens et graminées                     |     |     |                                   |
| Alimentaires                                        |     |     |                                   |
| Médicamenteuses                                     |     |     |                                   |
| Recommandations diverses ( prothèses, lunettes....) |     |     |                                   |

**POUR MIEUX VOUS ACCUEILLIR :**

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?  
Oui ☐ Non ☐ N° de dossier :

Bénéficiez-vous de l’Allocation d’Education de l’Enfant Handicapé (AEEH) versée par la CAF ou la MSA ?  
Oui ☐ Non ☐  
Si oui, merci de nous adresser l’attestation de notification en cours de la CDAPH.

Existe-t ’il un Projet d’Accueil Individualisé (PAI), dans un des établissements (scolaire, associations diverses...) déjà fréquenté par votre enfant ? Si oui, merci de nous transmettre la copie  
Oui ☐ Non ☐

Pour une coordination des actions et dans l’intérêt de votre enfant, autorisez-vous l’équipe à prendre contact avec les professionnels qui le suivent ?  
Oui ☐ Non ☐

Merci d’indiquer leurs coordonnées :

|       |            |       |
|-------|------------|-------|
| Nom : | Fonction : | Tel : |
| Nom : | Fonction : | Tel : |
| Nom : | Fonction : | Tel : |
| Nom : | Fonction : | Tel : |

| REGIME ALIMENTAIRE | Commentaires |
|--------------------|--------------|
|                    |              |

| Nom du MEDECIN traitant | ADRESSE |  |
|-------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                         |         |                                                                                       |

5. LES AUTORISATIONS PARENTALES

Je (nous) soussigné(s), .....

5.1 AUTORISE(NT) mon enfant à rentrer seul à son domicile à l'issue de la journée d'accueil de loisirs (ALSH) :  
Oui ☐ Non ☐

5.2 AUTORISE(NT) mon enfant à prendre un moyen de transport en commun (ex : TRAM, métro, bus publics) dans le cadre des activités organisés par L'ALSH (cela ne concerne pas les cars ou minibus loués par l'association) :  
Oui ☐ Non ☐

5.3 AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs :

| PRENOM - NOM | Adresse |  | A contacter en cas d'urgence |                              |
|--------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
|              |         |                                                                                     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|              |         |                                                                                     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|              |         |                                                                                     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|              |         |                                                                                     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

5.4 AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié dans le cadre d'activités pédagogiques :  
Oui ☐ Non ☐

5.5 AUTORISE(NT) l'association EPAL à utiliser les photos ou films pour la communication :

- De l'association EPAL

Oui ☐

Non ☐
- De l'ALSH

Oui ☐

Non ☐
- De la collectivité

Oui ☐

Non ☐
- Dans la presse Locale, Le site internet et les réseaux sociaux de l'ALSH et/ou de l'Association

Oui ☐

Non ☐

5.5 AUTORISE(NT) le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant.  
· Dont transfert aux urgences  
Oui ☐ Non ☐

DECHARGE(NT) la direction de l'ALSH de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

DEMANDE(NT) au responsable de l'ALSH :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits et pré-dosés par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance :

Oui ☐

Non ☐
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité :

Oui ☐

Non ☐
- D'administrer des granulés ou crèmes homéopathiques en cas de chutes :

Oui ☐

Non ☐

5.6 AUTORISE(NT) la direction de L'ALSH à consulter le portail « Mon compte Partenaires CAF », afin de déterminer le Quotient Familial à appliquer :  
Oui ☐ Non ☐

**5.7 CERTIFIE(NT)** avoir pris connaissance du Règlement de Fonctionnement (ou Intérieur) ainsi que du Projet Pédagogique de l'Accueil de Loisirs de :

\_\_\_\_\_ (Indiquer le nom de la commune)

## **6. MODALITES DE FACTURATION et de PAIEMENT**

**Le paiement par prélèvement automatique est privilégié, merci de nous fournir un RIB et un mandat SEPA signé.**

Pour le paiement des factures mensuelles, vous souhaitez régler :

- ☐ Par mois, selon montant de la facture
- ☐ Par acompte, avec régularisation en fin d'année

En cas de refus du prélèvement automatique, voici les autres modalités de paiement possible : virements mensuels, espèces, chèques, ANCV, CESU

**Signature du responsable légal 1**

Date et mention « lu et approuvé »

**Signature du responsable légal 2**

Date et mention « lu et approuvé »

### **GUIDE PRATIQUE**

#### **Onglet « ENFANT »**

- ✓ Ne pas oublier de renseigner l'établissement scolaire et la classe si vous utilisez un service d'accueil périscolaire.

#### **Onglet FAMILLE**

- ✓ **Les ALSH pratiquent des tarifs en fonction du quotient familial CAF/MSA.** Il sera procédé à l'actualisation du quotient familial une fois par an, au mois de janvier ou de septembre suivant le choix de la structure. Il appartient à la famille de communiquer tout changement de ce quotient en dehors de cette période. Il n'y aura pas de rétroactivité pour la prise en compte du nouveau tarif qui sera effectif dès qu'il sera porté à notre connaissance. Si la famille ne souhaite pas transmettre son numéro d'allocataire ou son QF, le prix de vente de la tranche la plus haute sera automatiquement appliqué.
- ✓ **Assurances : L'association EPAL vous conseille de souscrire un « contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels vos enfants peuvent être exposés lors de leur participation aux activités ». En référence à l'article L 227-5 du Code de l'Action Sociale et de la Famille.**

#### **Onglet « AUTORISATIONS PARENTALES »**

- ✓ Le projet éducatif de l'Association et le projet pédagogique de chaque ALSH sont à retirer auprès du responsable de la structure. L'acceptation du Règlement Intérieur de l'ALSH conditionne l'inscription de votre enfant sur le centre.

#### **Onglet « MODALITES DE FACTURATION ET DE PAIEMENT »**

- ✓ Si vous choisissez la facturation par prélèvement automatique, un bordereau est à retirer auprès du responsable du centre, il vous est également demandé de fournir un R.I.B.
- ✓ Vous avez également la possibilité, en choisissant le prélèvement automatique, de mensualiser vos paiements. Renseignez-vous auprès du responsable de votre accueil pour la mise en place.