

Valable du 01/09/2021 au 15/09/2022

**ALSH Site UZERCHE**

**Les Buges**  
19140 UZERCHE  
Tél : 05.55.97.13.41 ou 06.11.42.18.22  
Mail : [ccpu.alsh@orange.fr](mailto:ccpu.alsh@orange.fr)

**ALSH Site VIGEOIS**

**Rue du Tourondel**  
19410 VIGEOIS  
Tél : 05.55.73.59.83 ou 06.11.42.18.22  
Mail : [ccpu.alsh@orange.fr](mailto:ccpu.alsh@orange.fr)

**Documents à fournir impérativement avec la fiche d'inscription :**

- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle de l'enfant
- Photocopie des pages vaccination obligatoire du carnet de santé :

**! Modification du calendrier vaccinal des enfants nés à partir du 01/01/2018 !**

Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP), Coqueluche, Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b., Hépatite B, Infections invasives à pneumocoque, Méningocoque de sérogroupe C, Rougeole, oreillons et rubéole.

- Pass'ALSH de la CAF si vous y ouvrez droit
- Attestation MSA de quotient familial ouvrant droit aux prestations familiales (si allocataire MSA)
- **Un exemplaire par famille** : Copie intégrale de l'avis d'imposition 2020 pour les familles ne l'ayant pas encore fournie et à partir de janvier 2022, la copie de l'avis d'imposition 2021 (celui de chacun des parents pour les couples en concubinage)
- Copie du brevet de natation ou test préalable à la pratique des activités nautiques

**1 - SITUATION FAMILIALE :**

**ENFANT :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_

	PERE DE L'ENFANT	MERE DE L'ENFANT
Nom et Prénom		
Adresse		
Mail		
Numéros de téléphone (fixe et portable)		
Profession et coordonnées de l'employeur (adresse et téléphone)		

**PAYEUR :** \_\_\_\_\_

**REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT** (entourer la situation correspondante)

Père                      Mère                      Autre (préciser les coordonnées) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RESSORTISSANT DU REGIME** : - **à compléter obligatoirement** -  
(merci de nous signaler tout changement de régime intervenant en cours d'année)

- Caisse d'Allocations Familiales : N° allocataire \_\_\_\_\_
- Mutualité Sociale Agricole : N° allocataire \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_

**PARENTS** (entourer la situation correspondante)

Célibataire    Mariés    Séparé    Union libre    PACS    Divorcé    Veuf(ve)

MERCI DE NOUS SIGNALER qui a la garde en cas de divorce ou de séparation  
**(fournir une copie du jugement si pas déjà donnée) :** \_\_\_\_\_

**2 - SITUATION MEDICALE / URGENCES**

*En cas de nécessité, j'autorise le personnel de l'ALSH à faire appel au médecin ci-dessous :*

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Numéro Carte Vitale :** \_\_\_\_\_

J'autorise le personnel de l'ALSH à administrer un antipyrétique (paracétamol type doliprane) à mon enfant en cas de fièvre supérieure ou égale à 38,5°C.

OUI                          NON   

J'autorise le personnel de l'ALSH à administrer à notre enfant les médicaments prescrits et sur présentation de l'ordonnance en cours de validité.

OUI                          NON

D'autre part, je signale sur la fiche sanitaire de liaison ci-après tout problème particulier de santé (traitement médical, allergie alimentaire, allergie au maquillage, à des médicaments...).

**ATTENTION :**

Pour toute prise en charge particulière (allergie alimentaire, prise régulière de médicament...) un certificat médical DEVRA être fourni. Un Projet D'Accueil Individualisé pourra être mis en place.

### 3 - AUTORISATIONS

L'équipe de direction consulte les dossiers des allocataires CAF sur le site « mon compte partenaire » (anciennement CAFPRO) afin d'accéder directement aux ressources (Quotient familial) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. Le service CAFPRO.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. (La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.)

**DROIT A L'IMAGE**

J'autorise l'ALSH à prendre mon enfant en photo au cours des activités et à utiliser ces photos. Elles pourront être utilisées dans des articles de presse, des parutions locales, sur le site de la Communauté de Communes du Pays d'Uzerche :

OUI  NON

**SORTIES**

J'autorise mon enfant à prendre les moyens de transports mis en place par l'ALSH.

OUI  NON

J'autorise mon enfant à participer aux différentes sorties organisées par l'ALSH les mercredis ou pendant les vacances. Si je ne souhaite pas que mon enfant participe à une sortie en particulier, je m'engage à en prévenir l'équipe d'animation par écrit et à l'avance. En cas de sortie de l'ensemble des enfants, l'ALSH n'organise pas de garderie sur place.

OUI  NON

### 4 - DIVERS

**RESERVATIONS**

Je m'engage à remettre à l'ALSH les fiches de réservation distribuées dans les classes ou disponibles sur le site internet : [www.paysduzerche.fr](http://www.paysduzerche.fr) avant la date limite qui me sera précisée.

Le nombre de places étant limité pour les sorties, il est fortement conseillé de rendre ces fiches de réservation le plus tôt possible afin de ne se voir refuser une sortie.

**TARIFS**

Les tarifs sont votés par le conseil d'administration du CIAS du Pays d'Uzerche.

### **ASSURANCE**

La réglementation impose aux organisateurs d'informer les parents de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance pour les dommages corporels auxquels leurs enfants pourraient s'exposer lors de leur participation aux activités.

Il est donc vivement conseillé aux parents de se rapprocher de leur assureur afin de se faire préciser si cette clause fait partie de leur contrat d'assurance. En effet, les assurances scolaires n'incluent pas systématiquement cette garantie.

### 5 - AUTORISATION DE SORTIE

Merci d'indiquer ci-dessous les noms et coordonnées des **personnes majeures** que vous autorisez à venir chercher votre enfant à l'Accueil de Loisirs en cas d'empêchement de votre part :

NOM / PRENOM	ADRESSE	N° DE TELEPHONE (fixe et portable)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie  
- avoir rempli avec exactitude la fiche d'inscription et vérifié l'ensemble des informations demandées.  
- avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'ALSH et m'engage à en respecter les termes.

Fait à \_\_\_\_\_,

le \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

Signature :