

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## 04 Septembre 2017 au 31 août 2018

### Service Enfance & Jeunesse

#### ALSH

Directeur  
M. Stéphane AUQUE

Centre aéré Nelson MANDELA  
Route du Libron  
34450VIAS-PLAGE

04.67.21.50.15  
06.80.22.09.25

[alsh@villevias.fr](mailto:alsh@villevias.fr)

Mercredi: de 12h00 à 18h30  
Vacances: du lundi au vendredi  
de 7h30 à 18h30

#### RESTAURANT SCOLAIRE

Directeur adjoint  
M. Claude LE CALVE

Ecole  
G. DE GAULLE-ANTHONIOZ  
28 avenue de Béziers  
34450 VIAS

04.67.09.25.40  
06.73.48.93.99

[cantine@villevias.fr](mailto:cantine@villevias.fr)

Lundi, mardi, jeudi et vendredi  
de 12h00 à 14h00

#### ALP/TAP

Directeur  
M. Wilfried VION

Ecole  
G. DE GAULLE-ANTHONIOZ  
28 avenue de Béziers  
34450 VIAS

04.67.09.25.41  
06.73.48.93.99

[alp@villevias.fr](mailto:alp@villevias.fr)

Lundi, mardi, jeudi et vendredi  
ALP: de 7h30 à 8h50  
et de 17h15 à 18h30  
TAP: de 16h15 à 17h15

Centres habilités par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale-Pôle Sports Jeunesse et Vie Associative  
et les services de la Protection Maternelle Infantile.

Agréés par la Caisse d'Allocations Familiales de l'Hérault.

**Accueils collectifs de mineurs pour les enfants de 3 ans et plus.**

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à .....

Classe fréquentée : .....

Enseignant : .....

PHOTO  
Récente

**ATTENTION : TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE**

PERE si autre préciser : .....  Représentant légal

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

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

Profession : ..... contrat : CDI  CDI  jusqu'au.....

Employeur : .....

Tel travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tel domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tel portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Situation familiale : ..... (si garde alternée  )

MERE si autre préciser : .....  Représentant légal

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

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

Profession : ..... contrat : CDI  CDD  jusqu'au.....

Employeur : .....

Tel travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tel domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tel portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Situation familiale : ..... (si garde alternée  )

❖ *En cas de changement de coordonnées (téléphone, adresse...) Merci d'avertir les services concernés.*

**REGIME D'APPARTENANCE**

**Régime d'Allocations Familiale :**

- CAF DE L'HERAULT N° d'allocataire  Carte Loisisoleil  OUI (joindre copie)  
 NON

- Autre CAF .....

**Régime agricole :**

MSA N°  Aides MAS  OUI (joindre copie)  
 NON

**Autre Régime :**  N° .....

## PERSONNES AUTORISEES ET A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

	A contacter en cas d'urgence	Autorisée à récupérer mon enfant
PERE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
MERE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOM :..... Prénom :..... Lien de parenté :..... ☎ Dom : __/__/__/__/__   ☎ Port : __/__/__/__/__	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOM :..... Prénom :..... Lien de parenté :..... ☎ Dom : __/__/__/__/__   ☎ Port : __/__/__/__/__	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

- **Obligation de présenter une pièce d'identité.**
- Pour tout changement, merci d'adresser au Directeur un courrier, signé et daté, notifiant le nom et le prénom de la personne concernée.
- Il est rappelé que les mineurs ne sont pas autorisés à récupérer un enfant.

## PIECES A JOINDRE

- **Un certificat médical** (de moins de 2 mois), précisant que l'enfant est **apte à la pratique de tous sports et à vivre en collectivité**, qu'il est **à jour de ses vaccins**.  
⇒ **ATTENTION EN CAS DE PAI, REMPLIR LE DOSSIER ET LE REMETTRE AVANT LA FREQUENTATION DE L'ENFANT.** L'enfant sera pris en charge quand le dossier sera validé par notre médecin référent.
- Un justificatif de domicile (moins de 2 mois).
- La fiche sanitaire de liaison dûment complétée et signée.
- Attestation CAF/ carte LOISISOLEIL.
- Feuille impôt sur le revenu (N-1)
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- **L'attestation « Test des 50m » délivrée par un BNSSA de la piscine d'Agde : Obligatoire pour les activités aquatiques (voile, paddle...) pour l'ALSH de l'été pour les enfants de plus de 8 ans. Sans attestation pas d'activité.**

## TARIFS et HORAIRES

### ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE : PRIMAIRE ET MATERNELLE

Quotients familiaux par tranches	ALP MATIN 7h30-9h00	ALP MIDI 12h00-14h00	ALP SOIR 17h15-18h30
Moins de 800€ (plancher)	1,00€	0,50€	1,00€
Plus de 801€ (plafond)	1,10€	0,60€	1,10€
Temps d'Activités périscolaire (TAP)	16h15-17h15		20,00€/an

### RESTAURANT SCOLAIRE

*lundi, mardi, jeudi et vendredi pendant la période scolaire*

<b>REPAS</b>	12h00-14h00	3,30 €
--------------	-------------	--------

### ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT (ALSH) « Centre aéré Nelson MANDELA »

*Mercredi après-midi et du lundi au vendredi pendant vacances scolaires*

Quotients familiaux par tranches	Tarifs demi-journée	Tarifs journée	Tarifs déductions faites de l'aide aux loisirs Carte losisoleil	
Moins de 800€ (plancher)	9,00€	14,00€	Demi-journée (-2,30€) 6,70€	Journée (-4,60€) 9,40€
De 801€ à 1300€	10,00€	15,00€		
Plus de 1301€ (plafond)	11,00€	16,00€		

❖ A défaut de justificatif, le tarif plafond sera appliqué.

## DECLARATIONS OBLIGATOIRES

Je soussigné(e) Monsieur / Madame..... autorise le Directeur de l'A.L.S.H, de l'A.L.P et du Restaurant Scolaire, à faire donner en cas de besoin, ou d'impossibilité de joindre les parents, les soins urgents qu'il juge utiles après avis médical.

J'autorise donc le Directeur à faire intervenir un médecin, à faire appel aux services d'urgence, à faire hospitaliser et faire pratiquer une anesthésie générale, ou locale, si le cas de mon enfant le nécessite.

J'ai pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter.

Je m'engage à respecter les consignes et les décisions de la Direction, ainsi que les horaires des Accueils de loisirs.

Je m'engage à verser le montant correspondant dès réception de la facture.

Autorisation du droit à l'image de mon enfant :	Photographie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Diffuser	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**NOM et Prénom (parents)**

.....

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

**Signatures :**

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

PHOTO  
RECENTE

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....

SEXE  GARCON  FILLE DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### II. VACCINATIONS

Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
<i>Diphtérie</i>					
<i>Tétanos</i>					
<i>Poliomyélite</i>					
<b>(DTP, Tétracoq, infamix, quinte ou hexa</b>					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

### III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant présente-t-il une pathologie particulière (asthme, etc) ?  OUI  NON

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  NON  OUI

Si une prise de médicament est nécessaire (Ventoline, Doliprane, Antibiotiques...) un PAI doit être rédigé par le médecin traitant ou le spécialiste.

**ATTENTION DOSSIER A REMETTRE AVANT LA FREQUENTATION DE L'ENFANT. L'enfant sera pris en charge quand le dossier sera validé par notre médecin référent.**

#### ALLERGIES :

MEDICAMENTEUSES  OUI  NON

ALIMENTAIRE  OUI  NON

AUTRES : .....

REGIME PARTICULIER :  OUI  NON

---

#### IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

#### V. RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

NOM de votre médecin traitant : .....

Adresse : .....

Code Postal : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Ville : .....

☎ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ ☎ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Mutuelle des parents (joindre photocopie).....

N° mutualiste : ..... Date de fin : \_\_/\_\_/\_\_

N° de Sécurité Sociale du représentant légal :

								Clé	
--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--

---

#### VI. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

.....  
.....

☎ Fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ ☎ Mobile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ ☎ Travail : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N° SS.....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

**Signature :**