

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## 03 Septembre 2018 au 31 août 2019

### 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 7h30 à 18h30  
Vacances: du lundi au vendredi  
de 7h30 à 18h30

#### RESTAURANT SCOLAIRE

Directeur  
M. Wilfried VION

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

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@ville-vias.fr](mailto:alp@ville-vias.fr)

Lundi, mardi, jeudi et vendredi  
ALP: de 7h30 à 8h40  
et de 17h00 à 18h30

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**

<input type="checkbox"/> PERE	si autre préciser : .....	<input type="checkbox"/> Représentant légal
NOM : .....		
Prénom : .....		
Adresse : .....		
Code Postal : ..... Ville : .....		
Profession : ..... contrat : CDI <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> jusqu'au.....		
Employeur : .....		
Tel travail : ___/___/___/___/___		
Tel domicile : ___/___/___/___/___      Tel portable : ___/___/___/___/___		
Mail : _____@_____		
Situation familiale : ..... (si garde alternée <input type="checkbox"/> )		

  

<input type="checkbox"/> MERE	si autre préciser : .....	<input type="checkbox"/> Représentant légal
NOM : .....		
Prénom : .....		
Adresse : .....		
Code Postal : ..... Ville : .....		
Profession : ..... contrat : CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> jusqu'au.....		
Employeur : .....		
Tel travail : ___/___/___/___/___		
Tel domicile : ___/___/___/___/___      Tel portable : ___/___/___/___/___		
Mail : _____@_____		
Situation familiale : ..... (si garde alternée <input type="checkbox"/> )		

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

## REGIME D'APPARTENANCE

**Régime d'Allocations Familiales :**

- 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

- **Copie du carnet de vaccination.**
- ⇒ **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 : ELEMENTAIRE ET MATERNELLE

**Lundi, mardi, jeudi et vendredi**

Quotients familiaux par tranches	ALP MATIN 7h30-9h00	ALP MIDI 12h00-14h00	ALP SOIR Et Aides éducatives 17h00-18h30
Moins de 800€ (plancher)	1,00€	0,50€	1,00€
Plus de 801€(plafond)	1,10€	0,60€	1,10€

### 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 et du lundi au vendredi pendant vacances scolaires*

	Mercredi uniquement		Mercredi et vacances	Tarifs déductions faites de l'aide aux loisirs Carte loisisoleil		
Quotients familiaux par tranches	Tarifs ½ journée sans repas	Tarifs ½ journée avec repas	Tarifs journée			
	13h10-18h30	7h30-13h00	7h30-18h30			
Moins de 800€ (plancher)	5,70€	9,00€	14,00€	½ journée sans repas (-2,30€) 3,40€	½ journée avec repas (-2,30€) 6,70€	Journée (-4,60€) 9,40€
De 801€ à 1300€	6,70€	10,00€	15,00€			
Plus de 1301€ (plafond)	7,70€	11,00€	16,00€			

## 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       OUI       NON  
    Diffuser                     OUI                     NON

**NOM et Prénom (parents)**

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

.....**Signatures :**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 2018-2019

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 :**