



PHOTO
D'IDENTITE

NOM : _____

Prénom : _____

Classe : _____

DOSSIER D'INSCRIPTION ALAE ECOLE LA BASTIDE ALSH DES CAUSSES 2026-2027

☐ **ALAE**

☐ **ALSH**

Contacts :

ALAE : reservation.cantine@villeneuvedaveyron.fr

06 34 90 01 24

ALSH : alsh@villeneuvedaveyron.fr

06 28 58 75 43

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER :

- Photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé
- Attestation PASS CAF ou MSA **janvier de l'année en cours**
- Attestation de droit à l'assurance maladie
- Attestation d'assurance de responsabilité civile
- Avis imposition 2025 (seulement pour l'ALAE)

PIÈCE JOINTE AU DOSSIER :

- Règlement intérieur de l'ALSH
- Règlement intérieur de l'ALAE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LÉGAUX DES ENFANTS

RESPONSABLE LÉGAL 1*	RESPONSABLE LÉGAL 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
CP :	CP :
Ville :	Ville :
Numéro allocataire CAF ou MSA :	Numéro allocataire CAF ou MSA :
Numéro INSEE (sécurité sociale) :	Numéro INSEE (sécurité sociale) :
Tél domicile :	Tél domicile :
Tél portable :	Tél portable :
Tél travail :	Tél travail :
E-mail :	E-mail :

*Le responsable légal 1 sera destinataire de toutes les factures générées par l'inscription de l'enfant et devra s'en acquitter. Pour recevoir deux factures distinctes, en cas de garde alternée, un calendrier de garde alternée devra être transmis à la direction en amont de la facturation.

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE DE VOTRE ENFANT

RENSEIGNEMENTS

Nom / Prénom :

☐ Fille ☐ Garçon

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole Fréquentée :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant et à contacter en cas d'urgence :

	NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	LIEN AVEC L'ENFANT
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Assurance extra-scolaire :

Compagnie d'assurance individuelle accident : _____

N° d'assurance : _____

VACCINATIONS

Je soussigné _____, Père, Mère, Tuteur, de l'enfant _____, atteste que celui-ci a ses vaccinations à jours conformément aux obligations légales.

Merci de joindre les copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom de l'enfant concerné.

INFORMATIONS MÉDICALES

Médecin traitant : N° de téléphone :

- **Votre enfant suit-il un traitement ?** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel ?

Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

- **Votre enfant présente-t-il une/des allergie(s) ?** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, laquelle/lesquelles

- **Votre enfant est-il en situation de handicap ?** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, cela nécessite-t-il des mesures particulières ?

- **Votre enfant bénéficie-il qu'une allocation AEEH (CAF)** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de nous fournir la copie de l'attestation.

- **Un PAI a-t-il été signé avec l'établissement scolaire ?** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de nous fournir une copie du projet, ainsi que le protocole et le kit d'intervention au nom de l'enfant.

- **Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
☐ OUI	☐ OUI	☐ OUI	☐ OUI	☐ OUI
☐ NON	☐ NON	☐ NON	☐ NON	☐ NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
☐ OUI	☐ OUI	☐ OUI	☐ OUI	
☐ NON	☐ NON	☐ NON	☐ NON	

- **Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel

Recommandations particulières / difficultés de santé (port de lunettes, lentilles, prothèses dentaires, antécédents médicaux) :

.....

AUTORISATIONS PARENTALES OBLIGATOIRES

Je soussigné(e) (NOM/Prénom)

Responsable légal de l'enfant

- Atteste sur l'honneur que tous les renseignements fournis lors de l'inscription aux activités de mon enfant sont exacts.
- Certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires en collectivité.
- M'engage à faire notifier toute modification des données concernant mon enfant auprès de la mairie de Villeneuve d'Aveyron.
- M'engage à signaler tout changement d'adresse à la mairie de Villeneuve d'Aveyron.
- Atteste avoir pris connaissance et accepter les termes et clauses des règlements intérieurs régissant les activités auxquelles mon enfant participe.
- Autorise l'organisateur, le directeur et l'équipe d'animation à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence vitale de mon enfant (hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale ou autres).
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées dans le cadre du projet d'activité de l'ALSH des Causses et de l'ALAE de l'Ecole La Bastide.
- Autorise l'équipe d'animation à transporter mon enfant sur des sites extérieurs dans le cadre du projet d'activité de l'ALSH des Causses et de l'ALAE de l'Ecole la Bastide.
- Autorise l'ALSH des Causses et l'ALAE de l'Ecole la Bastide à prendre des photos et vidéos de mon enfant et à s'en servir pour tout support de communication (presse, site de la mairie de Villeneuve, page Facebook de l'ALSH, etc.). L'ALSH des Causses et l'ALAE de l'Ecole la Bastide s'engagent à n'utiliser ces photos que dans le cadre de supports de communication.
☐ OUI ☐ NON
- Autorise mon enfant à rentrer seul (enfants de plus de 8 ans uniquement).
☐ OUI ☐ NON

Fait à

Le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Représentant Légal 1

Représentant Légal 2

ACTIVITES PERISCOLAIRE (ALSH Mercredi)

Je soussigné.....Père/Mère de
l'enfant.....

Atteste que notre enfant pratique l'activité....., tous les mercredis de
l'année scolaire 2026-2027 et partira de l'accueil de loisirs dehà.....h.....

Nous dégageons l'accueil de loisirs de toutes responsabilités durant cette activité.

Représentant Légal 1

Représentant Légal 2

ATTESTATION DE PRISE EN COMPTE DU REGLEMENT INTERIEUR ALSH DES CAUSSES

Je soussigné(e)

NOM.....

PRÉNOM.....

☐ Père

☐ Mère

☐ Tuteur légal

De l'enfant

NOM.....

PRÉNOM.....

Atteste être en possession du règlement intérieur de l'ALSH des CAUSSES et déclare y souscrire.

Fait à

le

Signature :