

Dossier d'inscription 2025/2026

Isles Les Meldeuses

Nous contacter : al.isleslesmeldeuses@charlotte3c.fr ou 06.89.36.15.46.

- ☐ Accueil périscolaire matin
☐ Accueil périscolaire soir

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom :

Prénom : Sexe : F ☐ – M ☐

Date de naissance : Lieu de naissance : Age :

Adresse :

École fréquentée : Classe :

INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES

(Les factures seront établies au nom et adresse du responsable légal)

Situations des parents : Célibataire - Vie maritale - Pacsés - Mariés - Séparés - Divorcés –
 Veuf/Veuve (Rayer les mentions inutiles)

IDENTITÉ DE LA MÈRE ou de la tutrice légale

Nom et prénom :

Profession :

Employeur :

Adresse du domicile, (si différente de l'enfant) :

Téléphone : Portable :

Tél. Professionnel :

Email :

☐ Référent facturation*

Acceptez-vous de recevoir votre facture par courriel ?

☐ oui ☐ non

IDENTITÉ DU PÈRE ou du tuteur légal

Nom et prénom :

Profession :

Employeur :

Adresse du domicile, (si différente de l'enfant) :

Téléphone : Portable :

Tél. Professionnel :

Email :

☐ Référent facturation*

Acceptez-vous de recevoir votre facture par courriel ?

☐ oui ☐ non

*Les factures seront établies au nom et adresse de l'un des deux responsables légaux, qui sera à définir en cochant la case « référent facturation »

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des représentants légaux (Présentation obligatoire d'une pièce d'identité)

Nom : Prénom : Qualité :

Téléphone : Tél. Pro : Tél. Portable :

Nom : Prénom : Qualité :

Téléphone : Tél. Pro : Tél. Portable :

Assurance Responsabilité Civile

Nom :

Adresse :

N° de contrat :

Régime de sécurité sociale :

Régime général ☐

Régimes spécifiques ☐

(RSI, SNCF, EDF, GDF, RATP...)

Numéro d'allocataire CAF:.....

Mutuelle :

Nom :

Adresse :

INFORMATIONS ALIMENTAIRES :

RÉGIME	OUI	NON	Lesquelles
Sans Porc			
Végétarien			
Allergies Alimentaires			

INFORMATIONS MÉDICALES

P. A. I : (Protocole d'Accueil Individualisé : Se rapprocher du médecin scolaire) ☐ OUI ☐ NON

Si P.A.I oui est-il lié au handicap: ☐ OUI ☐ NON

Enfant bénéficiaire de AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) ☐ OUI ☐ NON

Maladie	OUI	NON	Lesquelles
Allergies médicamenteuses			
Allergies respiratoires			
Autres allergies			
Asthme			
Varicelle			
Rougeole			

Nom du médecin traitant :Téléphone :

Adresse :

Si votre enfant suit un traitement médical ponctuel, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Observations complémentaires (Retrait de lunettes en cas de sport, appareil dentaire, etc.) :

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

Documents à fournir lors de l'inscription :

- ☐ La copie des vaccins du carnet de santé à jour
- ☐ L'assurance en responsabilité civile au nom de l'enfant
- ☐ Copie du dernier Avis d'imposition (vous et votre conjoint)

AUTORISATION

Je, soussigné(e), déclare sur l'honneur, avoir le plein exercice de l'autorité parentale et atteste l'exactitude des renseignements suivants :

- Autoriser la direction à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer,
- Autoriser l'utilisation des photos ou vidéos prises lors des temps d'animations en périscolaires, accueil de loisirs et de la pause méridienne organisées par Charlotte Loisirs et/ou la commune sur lesquelles pourrait figurer mon enfant. Si cas contraire, signaler par écrit votre refus au directeur de l'accueil de loisirs,
- Autoriser mon enfant à participer aux diverses activités et sorties extérieures organisées par l'Accueil de Loisirs périscolaire,
- M'engager à ce que mon enfant respecte les règles de vie, et avoir connaissance que je ne pourrais récupérer mon enfant qu'à partir de 17h pour le périscolaire du soir pour faciliter l'organisation du temps du goûter,
- M'engager à prévenir la direction de l'accueil en cas d'absence inhabituelle de mon enfant dans un délai de 48h maximum pour cause de maladie,
- M'engager à régler l'intégralité des frais mensuels à Charlotte Loisirs – 2 avenue Louis Delahaye - 77440 Ocquerre. Dans les délais impartis sous peine de la non acceptation des inscriptions des mois suivants et ce même si celles-ci ont été validées sur le portail familles. (Les inscriptions se verront donc annulées par notre service.)
- M'engager à venir accompagner mon enfant jusque dans l'enceinte de l'Accueil de Loisirs périscolaire le matin et le soir, et à signer la feuille d'émargement.
- Autoriser seulement les personnes habilitées à récupérer mon enfant, munies de leur pièce d'identité et âgées au minimum de 16 ans,
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des Accueils et reconnais accepter l'ensemble des dispositions (Règlement intérieur à récupérer auprès de la direction de votre accueil de loisirs périscolaire).
- M'engager à inscrire et/ou à désinscrire mon enfant dans un délai de 48h uniquement par écrit (mail ou papier daté), dans le cas contraire, il y aura facturation du périscolaire concerné.

Fait à : Le :

Signature du père (ou tuteur légal) :

Signature de la mère (ou tutrice légale)

(Du responsable légal précédée de la mention « lu et approuvé »)(Du responsable légal précédée de la mention « lu et approuvé »)

Cadre réservé à la direction de l'accueil de loisirs

Date de réception du dossier par le service administratif (pour une 1^{ère} inscription) :

Date de réception du dossier par l'accueil :

Signature du directeur :

Objet et Date de Modification/Observation pendant l'année :