



Sylvain MAS

Directeur Général Accueil De Mineur de Maussane les Alpilles

Mail: acm.maussane@gmail.com

Hôtel de Ville—Avenue de la Vallée des Baux—13520 Maussane les Alpilles | 06 40 36 48 58

Accueil Collectifs de Mineurs

De Maussane les Alpilles

Ecole Charles Piquet, Avenue des écoles
13520 Maussane les Alpilles

Renseignement Concernant l'enfant

Non, Prénom : Sexe : F M

Date de Naissance : Lieu de Naissance :

Classe fréquentée : Ecole :

Dossier d'inscription

2022



Notice Explicative

Vous trouverez dans le dossier d'inscription de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) de Maussane les Alpilles :

- La Fiche de Renseignement Enfant de 2022 (page 2)
- L'autorisation Parentale de 2022 (page 3)
- La Fiche Sanitaire de Liaison (page 4-5)
- Le Règlement Intérieur de la structure 2022 (page 6-15)

Ce dossier est valable un an, à compter du 1^{er} janvier 2022 jusqu'au 30 décembre 2022. Tout dossier incomplet entrainera un refus de l'accueil de l'enfant sur la structure. Le dossier d'inscription est à renouveler chaque année, avec les pièces justificatives suivantes :

Documents Obligatoires à fournir chaque année :

- La Fiche Renseignement Enfant 2022 dûment remplie
- La Fiche Sanitaire dûment remplie
- L'Autorisation Parentale 2022
- 1 photo d'identité de l'enfant à joindre avec le dossier d'inscription
- 1 copie de l'attestation d'assurance de l'année en cours (activités extrascolaires et responsabilité civile)
- 1 copie des pages vaccination du carnet de santé (à jour)
- 1 copie de l'attestation de régime social (Régime Général, MSA, Autre)
- 1 copie de l'attestation CAF mentionnant le quotient familial
- 1 photocopie de justificatif de domicile
- 1 photocopie de la carte d'identité des responsables légaux
- Le document d'adhésion à Familles Rurales et association Enfants des Alpilles

Association Enfants des Alpilles
Accueil de loisirs de Maussane
Hôtel de ville-Avenue de la Vallée
des Baux

13520 Maussane les Alpilles
06 40 36 48 58
acm.maussane@gmail.com

Situation familiale des parents ou des représentants légaux :

- marié pacsé union libre veuf ou veuve célibataire divorcé séparé

Situation de l'enfant en cas de divorce ou séparation, copie du jugement de divorce obligatoire

- Résidence principale au domicile de la maman
 Résidence principale au domicile du papa
 Résidence Garde alternée
 autre préciser

Cadre réservé à l'administration : DOUBLE SIGNATURE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
--

LES PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal n°1 : père mère tuteur ou tutrice famille d'accueil

Nom et prénom :

.....

Adresse complète :

.....

Téléphone n° 1 :

Téléphone n° 2 :

Téléphone professionnel :

.....

E-mail :@.....

Numéro de sécurité sociale :

Profession :

Responsable légal n°2 : père mère tuteur ou tutrice famille d'accueil

Nom et prénom :

.....

Adresse complète :

.....

Téléphone n° 1 :

Téléphone n° 2 :

Téléphone professionnel :

E-mail :@.....

Numéro de sécurité sociale :

Profession :

Nom et téléphone de l'employeur :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Non de L'Enfant.....Date de Naissance :

DOSSIER

- des parents
- de la maman
- du papa
- des tuteurs

Photo

MAMAN ou TUTRICE

NOM :
Prénom :
Adresse :
.....
Profession :
Employeur :
☎ Travail :
☎ Personnel :
Situation familiale :
N° Sécurité Sociale :

PAPA ou TUTEUR

NOM :
Prénom :
Adresse :
.....
Profession :
Employeur :
☎ travail :
☎ personnel :
Situation familiale :
N° Sécurité Sociale :

N° d'Allocataire : Bénéficiaire : Maman : Papa :
Quotient Familial CAF : Régime général : CAF : ou MSA :

ADRESSE MAIL FAMILLE :



Renseignements médicaux obligatoires



NOM DU MEDECIN DE FAMILLE : ☎

Votre enfant présente t-il des troubles de la santé : OUI NON

Si votre réponse est OUI, vous devez compléter un PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE P.A.I., veuillez vous rapprocher de la Directrice qui vous expliquera la procédure à suivre.

Votre enfant présente t-il les pathologies suivantes :

Allergies alimentaires: NON OUI Préciser :

Allergies médicamenteuses : NON OUI Préciser :

Asthme : NON OUI / DIABETE : NON OUI / EPILEPSIE : NON OUI

Merci de préciser si votre enfant rencontre un autre trouble de la santé (de langage, de comportement...) :

.....Le Directeur peut vous rencontrer sur RDV si vous le souhaitez.

L'enfant suit-il un traitement régulier : NON OUI

Le trouble de la santé implique t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence au sein du temps d'accueil de loisirs : NON OUI

Précisez :

Autres indications utiles (port de lunettes, prothèses dentaires ou auditives, suivi spécialisé) :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

MALADIES	OUI	NON
ANGINE		
COQUELUCHE		
OREILLONS		
OTITE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
ROUGEOLE		
RUBEOLE		
SCARLATINE		
VARICELLE		



J'autorise

ou

je n'autorise pas

Le personnel à prendre mon enfant en photo dans le cadre d'une activité sur le temps de l'Accueil Collectif, à reproduire ou à diffuser ces œuvres photographiques et audiovisuelles par télédiffusion, réseaux numériques interactifs ou non, tel qu'internet, par reproduction sur vidéogramme (DVD, CDROM), par support imprimable (presse écrite, livre pédagogique ...).

DECLARATION DU RESPONSABLE

Je soussigné(e).....responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil Collectif de Mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

- ✓ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'ACM,
- ✓ Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ACM et en avoir reçu une copie,
- ✓ J'autorise et engage mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'Accueil de Loisirs de Maussane les Alpilles et à être transporté en car, minibus ou transport en commun,
- ✓ Je m'engage à faire enregistrer personnellement l'arrivée et le départ de mon enfant à l'Accueil de Loisirs de Maussane les Alpilles ou à défaut déléguer à une personne majeure : (à respecter la même procédure). Nous vous remercions de vous présenter avec une pièce d'identité.

M..... Tél : Lien :

M..... Tél : Lien :

M..... Tél : Lien :

M..... Tél : Lien :

A Maussane les Alpilles, le..... Signature(s) précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »

PERE

MERE

TUTEUR

