



DOSSIER D'INSCRIPTION

ASSOCIATION DES PUPILLES DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC DE L'AUBE

22 rue Albert Boivin BP 10071
10901 TROYES CEDEX 9
0325801547
Mail : n.deviviers@pep10.org

CADRE RESERVE A LA DIRECTION

Quotient familial :

I - RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Le dossier de demande d'inscription, que vous remettrez au directeur de l'accueil, doit comporter :

- a) La présente demande dûment remplie pour chaque enfant inscrit.
- b) Une copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition des revenus de l'année.
- c) Une copie de l'attestation d'assurance (scolaire ou/et extra-scolaire ou responsabilité civile).
- d) La fiche sanitaire dûment complétée, datée et signée conformément à l'article R227-7 du CASF.
- e) Une copie des pages du carnet de santé sur lesquelles figurent les vaccinations.
- f) Une photo de l'enfant.
- g) En cas de trouble ou handicap, vous pouvez le signaler sur la fiche sanitaire de liaison. Une Fiche d'information complémentaire au dossier d'inscription est également disponible au bureau du périscolaire.
- h) Une copie de la carte d'invalidité et la fiche d'autonomie pour les enfants en situation de handicap.

En cas de difficulté pour remplir ce dossier ou dans le cas où votre situation actuelle ne correspond plus aux documents fournis, prière de demander conseil au directeur de l'accueil périscolaire.

ATTENTION : tout dossier incomplet ne pourra être traité.

II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Responsable 1 NOM (en lettres majuscules) : Prénoms : Né.e le : Situation familiale : Nombre d'enfant.s à charge Adresse Courriel Tél. privé : liste rouge <input type="checkbox"/> N°urgence <input type="checkbox"/> Tél. portable : liste rouge <input type="checkbox"/> N°urgence <input type="checkbox"/> Tél. Travail : liste rouge <input type="checkbox"/> N°urgence <input type="checkbox"/> Bénéficie-t-il de l'autorité parentale ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Profession : Travaille-t-il pour son compte oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Pour le compte d'un employeur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Préciser, dans ce cas, le nom et l'adresse de l'employeur (indispensable) : En recherche d'un emploi oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Bénéficiaire du versement des prestations familiales par la CAF : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Responsable 2 NOM (en lettres majuscules) : Prénoms : Né.e le : Situation familiale : Nombre d'enfant.s à charge Adresse Courriel Tél. privé : liste rouge <input type="checkbox"/> N°urgence <input type="checkbox"/> Tél. portable : liste rouge <input type="checkbox"/> N°urgence <input type="checkbox"/> Tél. Travail : liste rouge <input type="checkbox"/> N°urgence <input type="checkbox"/> Bénéficie-t-elle de l'autorité parentale ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Profession : Travaille-t-elle pour son compte oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Pour le compte d'un employeur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Préciser, dans ce cas, le nom et l'adresse de l'employeur (indispensable) : En recherche d'un emploi oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Bénéficiaire du versement des prestations familiales par la CAF : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
En cas de garde alternée, souhaitez-vous la facturation séparée pour les parents ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si vous ne souhaitez pas fournir votre avis d'imposition, merci de cocher cette case : <input type="checkbox"/>	

Régime d'appartenance : régime général
 régime agricole (MSA)
 autre :

N° allocataire CAF :

Centre CAF:

Courriel principal :

Je vous informe que mon enfant est assuré :

à la M.A.E. formule.....N° de police

Adresse + téléphone :

à la Compagnie d'Assurance suivante :

N° de police :

Adresse + téléphone :

Dans ce 2ème cas, risques couverts :

- scolaires + trajets
- responsabilité civile
- scolaires + extra-scolaires

III - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM (en majuscules)	PRENOMS (dans l'ordre de l'état civil)	Nationalité	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date et lieu de naissance	Adresse		
Classe	Ecole		

J'autorise également de façon permanente les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

NOM	Prénom	Téléphone	<u>Précisez</u> : grand-parent, oncle, tante, amie, voisin, grand-frère...

Type de repas : repas du jour régime spécial, précisez :

IV - AUTORISATIONS (à remplir et à signer par le responsable légal)

Je soussigné (e)

Père, Mère, représentant(e) légal(e) de l'enfant :

Autorise les responsables du fonctionnement du centre à : (rayer la mention inutile)

- | | | |
|--|-----|-----|
| Appliquer de la crème apaisante pour les piqures d'insectes | oui | non |
| Appliquer de la crème pour les brûlures | oui | non |
| Appliquer de la crème ou des granules contre les chocs et les coups | oui | non |
| Appliquer de la crème solaire | oui | non |
| Quitter seul la structure à la fin de la tranche horaire indiquée sur la fiche d'inscription mensuelle (*) | oui | non |
| Hospitaliser d'urgence mon enfant
Hôpital souhaité en cas d'hospitalisation : | oui | non |
| Se baigner sous la surveillance d'un adulte habilité | oui | non |
| Photographier et filmer mon enfant | oui | non |
| Diffuser les images
(site internet, presse locale, supports de promotion du centre) | oui | non |
| Sortir du centre dans le cadre des animations extérieures prévues au planning | oui | non |
| Prendre les transports proposés par le centre
(bus, car, véhicule 9 places ou léger) | oui | non |
| Être maquillé | oui | non |

*****) : seuls les enfants en école élémentaire peuvent être autorisés par les parents à rentrer seuls; les enfants de maternelle seront obligatoirement récupérés par un adulte désigné. *En cas de fugue, la responsabilité des parents est totale.*

OBSERVATIONS EVENTUELLES :

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

Fait à, le
Signature :

V - DEMANDE ET ENGAGEMENT (à remplir et à signer par le responsable légal)

J'ai l'honneur de demander en faveur de mon enfant
l'admission à la structure d'accueil de loisirs de Lusigny sur barse / PEP 10

Je m'engage :

- à verser le montant de la facture mensuelle à réception du relevé individuel qui me parviendra.
- à prévenir par écrit en temps utile le directeur du périscolaire si mon enfant devait cesser de fréquenter l'activité à laquelle il est inscrit.
- Je m'engage à communiquer par écrit au directeur de l'accueil toutes les informations nécessaires (allergies, prise de médicaments, régimes particuliers par le biais de la fiche sanitaire jointe - Attention ! cette fiche sanitaire, complétée, datée et signée est obligatoire et conditionne l'accueil de l'enfant.
- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter

Commission nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) :

L'ACM dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les inscriptions, les renseignements parents, enfants et la facturation. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage du service concerné et ne seront communiquées à personne. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au service : 03.25.80.15.47. Toute personne peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant.

Fait à, le
Signature :