CLSH /PERISCOLAIRE DU MERCREDI
DOSSIER ADMINISTRATIF UNIQUE
ANNEE SCOLAIRE 2024/2025

La constitution du dossier 2024/2025 est un préalable obligatoire à l'inscription des enfants, aux CLSH organisés par le SIVOM « Balcons des Sources » ainsi que pour le périscolaire.
Il convient de réactualiser votre dossier administratif chaque année scolaire.

Après votre inscription administrative, il vous suffit :

- **Pour le CLSH : De réserver les périodes de vacances, via le formulaire d'inscription qui sera diffusé sur ONE avant chaque période.**
- **Pour les mercredis : De réserver les dates via le formulaire distribué à l'école avant chaque période.**

L'inscription implique l'acceptation sans réserve du règlement interne « CLSH » et périscolaire.

DOCUMENTS A FOURNIR

☑ La fiche de renseignements,
☑ Les deux autorisations parentales,
☑ La fiche sanitaire,
☑ La notification CAF « aide aux temps libres » (si quotient familial inférieur à 750 €)
☑ Une attestation assurance scolaire/extrascolaire
☑ Un justificatif de domicile de moins de 3 mois (pour les enfants non scolarisés dans une école du SIVOM)

Syndicat Balcons des Sources
13 Bis Place de la Mairie – 08 090 SAINT LAURENT

Tél : 03.24.59.69.75 - balconsdessources@orange.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
Cette fiche est valable du 01/09/2024 au 31/08/2025

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : .....Prénom : .....

Sexe : ☐ M ou ☐ F

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse complète : .....

IDENTITE DES PARENTS

Responsable 1

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

☎ Domicile : .....

☎ Portable : .....

☎ Travail : .....

Responsable 2

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

☎ Domicile : .....

☎ Portable : .....

☎ Travail : .....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DU RESPONSABLE

Nom, Prénom : .....Lien avec la famille : .....

☎ : Domicile : .....☎ : Portable : .....

Nom, Prénom : .....Lien avec la famille : .....

☎ : Domicile : .....☎ : Portable : .....

REGIME

☐ CAF ☐ MSA

N° allocataire CAF ou MSA .....

Votre n° d'allocataire nous permet de consulter votre dossier nécessaire à l'exercice de notre mission via un service internet à caractère professionnel. Conformément à la loi du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

AUTORISATION PARENTALE
Cette autorisation est valable du 01/09/2024 au 31/08/2025

Je soussigné(e): .....
Responsable(s) légal(aux) de : .....

✧ Autorise mon enfant à partir seul de l'accueil de loisirs

☐ Oui ☐ Non

✧ Autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant

.....(lien avec la famille)

.....(lien avec la famille)

✧ Autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées dans le cadre d'activités encadrées

✧ Autorise le transport de mon enfant au cours des activités : en autocar, à pied ou à vélo

✧ Autorise toutes diffusions publiques, par le SIVOM, de l'image, du son et de l'écrit (site internet, reportage, article journal...) de mon enfant lors du séjour ALSH ou l'accueil du mercredi.

☐ Oui ☐ Non

✧ Autorise la direction de l'ASLH et du SIVOM, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant sur conseil médical : traitement et hospitalisation.

Fait à ..... le ..../..../.....

Signature du responsable légal

FICHE SANITAIRE
Cette fiche est valable du 01/09/2024 au 31/08/2025

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Établissement scolaire fréquenté :

_____

Classe : _____

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Obligatoires (enfants nés après 2018)

☐ Diphtérie* _____ / _____ / _____ ☐ Coqueluche _____ / _____ / _____

☐ Tétanos* _____ / _____ / _____ ☐ Haemophilus _____ / _____ / _____

☐ Poliomyélite* _____ / _____ / _____ ☐ Pneumocoque _____ / _____ / _____

☐ Rougeole Oreillon Rubéole _____ / _____ / _____

(*) Rappel à 6 ans et entre 11 et 13 ans

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : _____ Taille : _____

Suit-il un traitement médical ? ☐ Oui* ☐ Non

(*) Si oui, joindre une ordonnance récente

AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Votre enfant présent-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?
☐ Oui ☐ Non
Précisez :

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Fait-il l'objet d'un P.A.I. ? ☐ Oui ☐ Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant porte : ☐ des lunettes ☐ des lentilles ☐ des prothèses auditives ☐ un appareil dentaire
☐ autres, précisez : _____
Nom du médecin traitant : _____ Tel: _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____
Tel : _____
Nom : _____ Prénom : _____
Tel : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant _____

- certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toutes modifications,
- autorise le ou la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

Fait à ..... le ..../..../.....

Signature du responsable légal