



# FICHE D'INSCRIPTION UNIQUE - 2023/2024

ACCUEILS DE LOISIRS : A.L.P / A.L.S.H et Restauration scolaire



## Renseignements concernant l'enfant

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

NE(E) LE : \_\_\_\_\_

M

F

## Régime alimentaire

Sans porc

Protocole d'accueil Individualisé (P.A.I) (1)

En cas de P.A.I alimentaire, un panier repas devra être fourni par la famille.

### ALP

### ALSH - CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

#### Scolarité :

Publique  Privée

École : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Septembre 2023 à Juin 2024 : \_\_\_\_\_

Été 2024 : \_\_\_\_\_

#### Quotient familial :

#### Points navettes :

Centre ville  Île de Thau

## Parents ou représentants légaux

### Parent prioritaire à prévenir entre 7h45 et 18h15 - Téléphone obligatoire :

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### PARENT 1

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

N°tél du lieu de travail : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_

#### PARENT 2

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

N° de téléphone: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

N°tél du lieu de travail: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_

Autorité parentale :  exclusive  conjointe

Si garde alternée : 2 dossiers d'inscription à remplir - Préciser les semaines :  paires  impaires

La mairie de Sète et la Caisse d'Allocations Familiales de l'Hérault, ont signé une convention de service pour la consultation des revenus enregistrés par l'intermédiaire du service télématique sécurisé et dénommé Compte Partenaire CAF.

En cas de réponse positive, votre numéro CAF est indispensable.

En cas de réponse négative, vous devrez fournir le dernier avis d'imposition ou les 3 derniers bulletins de salaire et dernière notification CAF.

J'autorise

Je n'autorise pas

N° S. Sociale (rattachement enfant) : \_\_\_\_\_ N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Nom de l'assurance péri et extra-scolaire : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_

## Autres personnes à contacter en cas d'urgence ou désignées pour venir chercher l'enfant

Mme ou M. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mme ou M. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mme ou M. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mme ou M. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

En cas de changement de numéro de téléphone en cours d'année, merci d'en informer le service Direction de l'Éducation, de l'Enfance et de la Jeunesse.

## Renseignements sanitaires

Votre enfant suit-il un traitement médical ou souffre-t-il d'allergies médicamenteuses ? (Asthme, crises convulsives, allergies, autres) (1)

Oui  Non

Préciser :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un dossier MDPH en cours ?

Oui  Non

Préciser :

Votre enfant est-il appareillé ? (Auditif, Dentaire, Lunettes)

Oui  Non

Préciser :

Observations particulières :

Nom du médecin traitant :

Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**(1)IMPORTANT : Si votre enfant a des contre-indications médicales ou alimentaires, un Projet d'Accueil Individualisé devra être établi en lien avec l'école dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur relatives à « l'accueil des enfants atteints de troubles de la santé et d'allergie ou d'intolérance alimentaire ».**

## Autorisations

**AUTORISE** mon enfant à participer aux sorties et activités extérieures organisées par les accueils de loisirs périscolaires et extra-scolaires.

Oui  Non

**AUTORISE** le transport de mon enfant en minibus ou véhicules appartenant à la municipalité ou prestataires.

Oui  Non

**AUTORISE** la ville de Sète à photographier et/ou à filmer mon enfant dans le cadre des activités extra-scolaires, ainsi qu'à diffuser son image dans les supports suivants : site internet officiel, pages Facebook et Instagram officielles, journaux, bilans d'activités de la ville de Sète.

Oui  Non

**AUTORISE** mon enfant à participer aux baignades.

Plage : Oui  Non   
Piscine : Oui  Non

**AUTORISE le directeur de l'Accueil de Loisirs ALP/ALSH à prendre toutes mesures qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de « soins urgents » .**

Je soussigné(e) (Nom et Prénom), \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de  Père  Mère  Responsable légal de l'enfant

**Déclare** avoir pris connaissance du règlement intérieur des Accueils de Loisirs ALP/ALSH disponible sur le portail famille ou en format papier, et **m'engage à le respecter.**

**Atteste** l'exactitude des renseignements portés dans le présent formulaire et m'engage à signaler tout changement éventuel à la Direction de l'Éducation de l'Enfance et de la Jeunesse.

Fait à .....Le.....

Signature (OBLIGATOIRE)