



# **DOSSIER D'INSCRIPTION**

**Accueil de loisirs  
Charlie Chaplin**

A rapporter à l'accueil de la Mairie

**Année scolaire 2024 – 2025**

Mairie de Vert-le-Petit  
4 rue du général Leclerc – 91710 Vert-le-Petit  
Tél : 01 64 93 24 02 – [www.vertlepetit.fr](http://www.vertlepetit.fr)

## Documents à fournir

- Fiche sanitaire de liaison
- Fiche de renseignements
- Attestation d'assurance

Afin de calculer le quotient familial : la famille est invitée à fournir pour chaque année civile  
(avant le 15 novembre pour l'année à venir) :

- Les avis d'imposition du foyer sur les revenus de l'année N-1  
(Ex : avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022 pour le calcul du quotient familial 2024)
- Un relevé sur 3 mois des prestations familiales  
(À défaut une attestation sur l'honneur de non versement)
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois

**Tout dossier incomplet sera refusé.**



<input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Elémentaire Niveau scolaire 2024-2025 : -----
---

## ACCUEIL DE LOISIRS CHARLIE CHAPLIN ANNEE SCOLAIRE 2024 / 2025

**L'enfant :**

Nom et prénom de l'enfant : .....  
 Date de naissance : ..... Classe 2024/2025 : .....  
 Adresse de l'enfant : .....  
 .....

**Les responsables légaux :**

Nom et prénom : .....  
 Lien avec l'enfant :  mère  père  autre : précisez : .....  
 Adresse : .....  
*(si différente de l'enfant)*  
 📞 Domicile : .....  
 📞 Portable : .....  
 📞 Travail : .....  
 📧 Mail : .....

Nom et prénom : .....  
 Lien avec l'enfant :  mère  père  autre : précisez : .....  
 Adresse : .....  
*(si différente de l'enfant)*  
 📞 Domicile : .....  
 📞 Portable : .....  
 📞 Travail : .....  
 📧 Mail : .....

ASSURANCE EXTRASCOLAIRE : .....

- Autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives  Oui  Non
- Autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées :  Oui  Non
- Autorisation de transport en véhicule de service et car de location  Oui  Non
- Autorisation de photographie et de prise vidéo ainsi que la publication éventuelle sur les supports municipaux (autorisation valable pour l'année scolaire)  Oui  Non

**FACTURATION :**

- VERT LE PETIT   
  ECHARCON   
  VERT LE GRAND   
  CSE DE ARIANEGROUP  
 FONTENAY LE VICOMTE   
 EXTERIEUR : précisez commune .....



**Les autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :**

*Les personnes doivent être munies d'une pièce d'identité*

Nom et prénom .....

Lien avec l'enfant.....

A contacter en cas d'urgence ☎.....

Autorisé à la reprise de l'enfant

Nom et prénom .....

Lien avec l'enfant.....

A contacter en cas d'urgence ☎.....

Autorisé à la reprise de l'enfant

*Les demandes ponctuelles doivent faire l'objet d'une demande écrite par mail à l'adresse suivante :  
periscolaire@vertlepetit.fr*

Je soussigné(e) : ..... déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Charlie Chaplin.

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à communiquer toute modification en Mairie.

Fait à ..... le .....

Signatures des responsables légaux :

**Documents à fournir :**

Fiche sanitaire de liaison

Fiche de renseignements ici présente

Attestation d'assurance

Afin de calculer le quotient familial : la famille est invitée à fournir pour chaque année civile (*avant le 15 novembre pour l'année à venir*) :

les avis d'imposition du foyer sur les revenus de l'année N-1 (*Ex : avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022 pour le calcul du quotient familial 2024*)

un relevé sur 3 mois des prestations familiales (*à défaut une attestation sur l'honneur de non versement*)

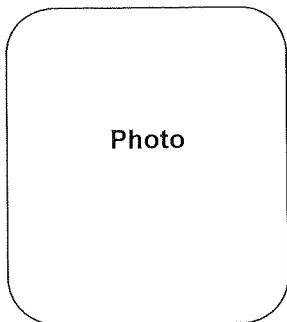
un justificatif de domicile de moins de 3 mois

Tout dossier incomplet sera refusé.

**FACTURATION :**

VERT LE PETIT     ECHARCON     VERT LE GRAND     CSE DE ARIANEGROUP

FONTENAY LE VICOMTE     EXTERIEUR : précisez commune .....



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### L'ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ? Oui  non

Si oui 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.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
.....  
.....  
**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

**4-RESPONSABLES DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... TRAVAIL : .....

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... TRAVAIL : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussignée, .....responsable(s) légal(légaux) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :