

ALLERGIES

Alimentaires Oui Non Laquelle:

Médicamenteuses: Oui Non Laquelle:

Autres Oui Non Laquelle:

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI:

Projet d'Accueil Individualisé Oui Non Déjà établi (document à fournir)

PATHOLOGIES (asthme, diabète, épilepsie)

.....

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI:

Projet d'Accueil Individualisé Oui Non Déjà établi (document à fournir)

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administrer sans PAI (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées avec le nom de l'enfant, avec la notice).

Traitement régulier Aucun Pris au domicile A prendre sur la structure

Traitement en cas de crise (pathologie, allergie...) Oui Non

Si traitement: Joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence.

L'adolescent s'auto médicamente Prévoir PAI pour l'accompagner PAI déjà établi (à fournir)

APPAREILLAGE COMPENSATOIRE

Lunettes Lentilles Prothèses auditives Prothèses dentaires

Appareil orthopédique Fauteuil/Déambulateur Autre (lequel)

Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon activité ...)

.....

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI:

Projet d'Accueil Individualisé Oui Non Déjà établi (document à fournir)

AUTRES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES Dans le cas où vous auriez des recommandations particulières au sujet du comportement de l'adolescent (caractère, santé etc.) veuillez les indiquer ci-dessous:

.....

.....

.....

MEDECIN TRAITANT

Nom Téléphone

Adresse



DOSSIER D'INSCRIPTION ADOLESCENT
Année scolaire 2019 / 2020

ETAT DE CIVIL DE L'ADOLESCENT

Nom / Prénom _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Age _____

Sexe Féminin Masculin

SCOLARISATION 2019 / 2020:

Collège Lycée Institution (IME, IEM, ITEL ...)

Nom de l'Etablissement ou de l'Institution: _____

Classe 2019 / 2020: _____

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.)?

Oui Non Ne souhaite pas répondre

Dossier à retourner à:

Communauté de Communes du Haut-Vallespir

8 boulevard du Riuferrer

66150 Arles sur Tech

Tel: 04.68.21.82.05

DOCUMENTS A FOURNIR (OBLIGATOIRE)
Tout dossier incomplet sera refusé

- Règlement Intérieur de l'ALSH signé
- Attestation d'assurance responsabilité civile 2019/2020 (périscolaire et extrascolaire)
- Photocopie des vaccinations (DT Polio uniquement)
- Copie Carte d'Identité ou Passeport du jeune
- En cas de Projet d'Accueil Individualisé: Fournir le P.A.I. qui précise les besoins thérapeutiques
- Un chèque de 10€ de cotisation annuelle (année scolaire)
- En cas de divorce, joindre la copie de la décision du juge aux affaires familiales et/ou du juge des enfants.

RESPONSABLE DE L'ENFANT:

QUI A LA RESPONSABILITE JURIDIQUE DE L'ENFANT ? Père Mère Père et Mère Autres (préciser)

SITUATION FAMILIALE: Marié Divorcé Concubinage Veuf/veuve Autres

Père Mère Service social Tuteur

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

N° CAF: _____

N° MSA _____

Profession: _____

Employeur: _____

Père Mère Service social Tuteur

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

N° CAF: _____

N° MSA _____

Profession: _____

Employeur: _____

L'ENFANT A-T-IL UN SUIVI COMPLEMENTAIRE (Hôpital de jour, CAMSP, CMP) OUI NON

L'ENFANT SAIT-IL NAGER: OUI NON

L'ENFANT BENEFICIE-T-IL DE L'AAEH (Allocation d'Education Enfant Handicapé): OUI NON

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (Obligation d'être majeur):

ALSH / Périscolaire

En cas D'urgence Autoriser à récupérer l'enfant

Nom - Prénom

Téléphone

En cas D'urgence	Autoriser à récupérer l'enfant	Nom - Prénom	Téléphone
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

MODALITES DE REGLEMENT

- Par chèque à l'ordre du trésor public
- En espèces
- Par CESU et ANCV

AUTORISATIONS - Espaces Jeunes d'Amélie les Bains, d'Arles sur Tech, de Prats de Mollo et de Saint Laurent de Cerdans

Autorise le jeune inscrit à venir fréquenter et utiliser les locaux des espaces jeunes de la Communauté de communes du Haut-Vallespir.

Dégage l'encadrement de toutes responsabilités des vols qui pourraient avoir lieu pendant et dans les lieux d'activités.

Dégage l'encadrement de toutes responsabilités des déplacements (hors activités) des jeunes en dehors des structures (PIJ d'Amélie les Bains, d'Arles sur Tech, de Prats de Mollo et de Saint Laurent de Cerdans) pendant les heures d'ouverture. En effet l'équipe d'animateurs du Service Jeunesse a pour mission d'encadrer les jeunes dans les locaux des différents Espaces Jeunes et pendant les activités. Cependant, les accueils sur les Espaces Jeunes se font en accès libre: il est donc nécessaire qu'un accord moral de confiance soit entretenu entre la famille, le jeune et l'encadrement des différentes structures concernant la fréquentation et la participation du jeune.

DROIT DE CAPTATION

J'autorise Je n'autorise pas

La communauté de Communes du Haut-Vallespir à représenter, reproduire, publier, diffuser et communiquer au public les images fixes et/ou animées, sur lesquelles figure l'enfant dont je suis le responsable légal, et/ou ses productions prises durant les activités pédagogiques et artistiques.

AUTORISATION DES RESPONSABLES *Cocher la case et renseigner si nécessaire*

Autorise N'autorise pas

- Consulter mon Quotient Familial (QF) pour ajuster la tarification applicables
- L'enfant pourra participer aux différentes activités et sorties organisées par la structure
- L'enfant pourra utiliser les moyens de transports prévus dans le cadre des activités
- Laisser l'enfant quitter seul la structure après le Périscolaire àh, après le Centre de Loisirs àh
- A prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Les parents déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur

Règlement(s) lu(s) et approuvé(s) le _____

Certifie l'exactitude des informations

Date et signature:

