



43 Rue du Rattentout  
55320 Dieue sur Meuse  
Tél : 03.29.85.73.90  
[secretariat@valdemeusevoiesacree.fr](mailto:secretariat@valdemeusevoiesacree.fr)  
[www.valdemeusevoiesacree.com](http://www.valdemeusevoiesacree.com)

## Dossier d'inscription SERVICE ENFANCE

Nom et prénom de l'enfant : .....

### Documents obligatoires à fournir à l'inscription



*Merci de cocher les pièces jointes au dossier*

- Fiche individuelle de renseignements (p2)
- Copie recto verso de la carte d'identité du payeur principal et du tiers solidaire
- Attestation CAF ou MSA précisant le numéro d'allocataire et quotient familial
- Attestation d'assurance extrascolaire en cours de validité
- Fiche sanitaire de liaison – informations médicales de l'enfant (p5-6)
- Photocopie du carnet de vaccinations
- Autorisations parentales (p3)
- Autorisation d'exploitation d'image (photos) (p4)

Merci de vérifier que tous les documents sont présents dans votre dossier,  
à la remise de celui-ci au service enfance.

Date de réalisation du dossier le : ..... / ..... / .....

Nom, prénom de l'enfant

Né (e) le : ..... / ..... / ..... à .....

Sexe : M

Ecole fréquentée : .....

F

Classe fréquentée à l'inscription : .....

**PARENTS DE L'ENFANT**



**Le responsable 1 est l'allocataire CAF ou MSA responsable du dossier de l'enfant.**

Pour la facturation ➡	Responsable 1 de l'enfant (Payeur principal)	Responsable 2 de l'enfant (Tiers solidaire) à préciser si autre
Nom, Prénom		
Adresse du domicile		
Tél. Domicile/Portable		
Adresse mail		
Situation familiale		
Tél. Professionnel		
Profession parents		

Vous êtes allocataire:  CAF de Meuse  MSA Autre : .....

N° Allocataire CAF ou MSA : ..... QF : .....

Autorise  Oui  Non les agents habilités par la communauté de communes à consulter les informations liées à votre QF afin de déterminer le tarif des prestations.

**Bon CAF** : fournir l'original (demande possible de duplicata auprès de la CAF).

**MSA** : fournir une attestation de quotient familial fournie par la MSA à jour.

**Pour la facturation en GARDE ALTERNEE**

En cas de garde alternée, une facture par parent est possible. Merci d'indiquer la fréquence.

Exemple : semaine paire ➡ facturation à la maman / semaine impaire ➡ facturation au papa

ou AUTRE : .....

En cas de changement d'alternance, merci d'informer l'accueil périscolaire afin d'effectuer les changements.

## Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom, Prénom	Lien de parenté	N° téléphone	Adresse

## Personne à joindre en cas d'urgence autre que les parents (Nom, prénom + Téléphone) :

.....

## Assurance : Merci de joindre une attestation d'assurance responsabilité civile

Outre l'assurance en responsabilité civile de l'organisateur, il est dans l'intérêt des responsables légaux de souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités proposées.

Compagnie assurance : ..... N° contrat : .....

Téléphone : .....

## Informations médicales de l'enfant :

Nom médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Régime alimentaire : .....

Allergies : .....

Recommandations des parents : .....

.....

Nécessite un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) auprès de l'organisateur, directeur d'école et du médecin scolaire.

Oui  Non

## Autorisations parentales :

Je soussigné (e) tuteur légal .....

- autorise mon enfant de plus de 6 ans, à quitter seul la structure à l'heure de fermeture.

Oui  Non

Le directeur décline toute responsabilité en cas d'accident sur le trajet que l'enfant est autorisé à faire seul.

**Autorisation d'exploitation d'image( photos) :**

Je soussigné (e) .....

Demeurant à .....

Autorise  Oui  Non  la CODECOM Val de Meuse-Voie Sacrée pour le

compte des différents services enfances à exploiter :

**l'image de mon enfant** .....

Cette autorisation concerne notamment : le droit de représenter ou de faire représenter, de reproduire ou de faire reproduire en tout ou partie les photographies : dans le monde entier et pour une durée illimitée, par tous modes et procédés techniques connus ou inconnus à ce jour, notamment par voie de presse écrite, audiovisuelle, informatique ; sur tous supports et en tous formats, insérés ou non dans des documents audiovisuels, informatiques, multimédias, éditions graphiques sous toutes ses formes, tant dans le secteur commercial que non commercial, public ou privé, en vue de la réception collective et/ou domestique.

**Fait à** ....., **le** .....

**Signature**, (Précédée de la mention « bon pour autorisation »)

**Père,**

**Mère,**



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

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

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

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

**OBSERVATIONS**

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