



# Accueils de Loisirs Sans Hébergement

3 – 17 ans

**Dossier Unique d'Inscription 2023/2024**

**Un dossier est à remplir pour chaque enfant.**

Ce dossier est valable jusqu'au 31 août 2024. Il vous permettra d'inscrire votre enfant à l'accueil de loisirs du mercredi (sites des Grandes Ventes, Neufchâtel en Bray ou Saint-Saëns) et/ou pour les accueils de loisirs des vacances (sites des Grandes Ventes, Mesnières en Bray, Neufchâtel en Bray ou Saint-Saëns).

## Documents obligatoires à fournir

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Pages « vaccinations » du carnet de santé de l'enfant – à défaut, fournir un certificat médical de contre-indication
- Livret de famille (copie intégrale)
- Accusé de réception du règlement intérieur
- Attestation d'assurance extrascolaire
- En cas de divorce ou de séparation, copie du jugement de divorce mentionnant la garde de l'enfant

cas de dossier incomplet, les inscriptions ne pourront pas être validées.

**Ce dossier est à remettre complété, signé et accompagné de l'ensemble des documents demandés à :**  
**Communauté Bray-Eawy – 7 rue du Pot d'Étain – 76270 Neufchâtel en Bray**

[alsh@brayeawy.fr](mailto:alsh@brayeawy.fr)

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez également contacter le 02.32.97.45.65.

## Votre enfant fréquentera le(s) centre(s) de :

- Neufchâtel-en-Bray    Saint-Saëns    Les Grandes Ventes    Mesnières-en-Bray

*Tout changement en cours d'année doit être signalé : situation familiale, déménagement, téléphone, mail, etc.*

## CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

ALLERGIES :

AUTORISATIONS :

URGENCE :

## Renseignements sur l'enfant

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

Prénom : \_\_\_\_\_ Fille  Garçon

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse où vit l'enfant : \_\_\_\_\_

2<sup>e</sup> adresse si garde alternée : \_\_\_\_\_

## Renseignements sur la famille

### Représentant légal 1

Père  Mère  Autres \_\_\_\_\_

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

professionnel : \_\_\_\_\_

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

Situation professionnelle / Profession : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Titulaire de l'autorité parentale :  Oui  Non

### Représentant légal 2

Père  Mère  Autres \_\_\_\_\_

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

professionnel : \_\_\_\_\_

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

Situation professionnelle / Profession : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Titulaire de l'autorité parentale :  Oui  Non

Situation des parents :

Mariés  Pacsés  Séparés  Divorcés  Veuf(ve)  Union libre  Célibataire

Situation de l'enfant en cas de divorce ou séparation (copie du jugement obligatoire) :

Résidence principale au domicile de \_\_\_\_\_

Garde alternée

Autre : \_\_\_\_\_

### Régime social

Caisse d'Allocation Familiale : n° d'allocataire : \_\_\_\_\_

Mutualité Sociale Agricole : \_\_\_\_\_

Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

J'autorise la Communauté Bray-Eawy à recueillir les informations me concernant auprès de la CAF, dont mes ressources, afin de vérifier mon éligibilité aux tarifications spéciales et de simplifier mes démarches. Je prends note que si je refuse, le tarif le plus élevé s'appliquera.

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché : \_\_\_\_\_

Régime spécifique ou allergie / maladie chronique nécessitant un traitement médical particulier

\* Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé ?  Non  Oui

\* Des aliments sont-ils interdits ?  Non  Oui Préciser : \_\_\_\_\_

\* Allergie alimentaire :  Non  Oui Préciser : \_\_\_\_\_

(le cas échéant, fournir le PAI – un certificat d'allergologue de moins de 6 mois)

\* Allergie médicamenteuse :  Non  Oui Préciser : \_\_\_\_\_

\* Allergie aux piqûres d'insectes :  Non  Oui Préciser : \_\_\_\_\_

\* Autre allergie (animaux, pollens, plantes, ...)  Non  Oui Préciser : \_\_\_\_\_

(le cas échéant, fournir le PAI – un certificat d'allergologue de moins de 6 mois)

\* Maladie chronique (diabète, asthme, ...) :  Non  Oui Préciser : \_\_\_\_\_

(le cas échéant, fournir le PAI – un certificat médical de moins de 6 mois)

\* Traitement :

Votre enfant suit-il un traitement ?  Non  Oui (joindre l'ordonnance)

Dans le cas où mon enfant suit un traitement médical, j'autorise le responsable de l'ALSH à administrer le traitement ainsi que les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice et marqués au nom de votre enfant).

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

---

---

---

---

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole  Oui  Non

Coqueluche  Oui  Non

Otite  Oui  Non

Varicelle  Oui  Non

Angine  Oui  Non

Scarlatine  Oui  Non

Rhumatisme  Oui  Non

Rougeole  Oui  Non

Oreillons  Oui  Non

Votre enfant porte-t-il :  des lunettes  un appareil dentaire  un appareil auditif

Vos recommandations : \_\_\_\_\_

---

---

---

## Autorisations

- J'autorise mon enfant à rentrer seul dès la fin des activités.  
 Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul dès la fin des activités.

ci-dessous les personnes (s) autorisée(s) à venir chercher mon enfant (en dehors des représentants légaux)

A contacter  
en cas d'urgence

Nom – Prénom \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

J'autorise

Je n'autorise pas

mon enfant à participer à toutes les activités et sorties proposées par la Communauté Bray-Eawy dans le cadre de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement.

J'autorise

Je n'autorise pas

que mon enfant soit transporté en véhicule dans le cadre des activités proposées par l'ALSH.

J'autorise

Je n'autorise pas

que mon enfant soit photographié ou filmé afin que les services de la Communauté Bray-Eawy utilisent les images dans un but non lucratif afin de promouvoir ses activités (site internet, presse, magazine communautaire, etc.)

J'autorise

le responsable de l'ALSH à prendre toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant, en cas de maladie ou d'accident, y compris éventuellement l'hospitalisation (et anesthésie) et m'engage à prendre en charge les frais nécessités par le traitement, en cas de maladie, accident ou hospitalisation.

J'autorise

Je n'autorise pas

que la Communauté Bray-Eawy utilise les adresses mail figurant sur cette fiche pour me communiquer des informations relatives à son service Action Socio-Educative. Je prends note que mes coordonnées ne seront en aucun cas diffusées à d'autres organismes.

*Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'organisation des Accueil de Loisirs Sans Hébergement. La Communauté Bray-Eawy est l'unique destinataire de ces données.*

*Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser aux services de la Communauté Bray-Eawy.*

Je soussigné, M. / Mme \_\_\_\_\_

✗ déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur ce document.

✗ m'engage à communiquer tout changement relatif à ces informations.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature(s) :