



FICHE D'INSCRIPTION

Accueil de loisirs de : BREZOLLES / LAONS

RENSEIGNEMENTS FAMILLE

Titulaire (s) de l'autorité parentale : Père, Mère - Tuteur, Tutrice (préciser) _____
Parent 1 : _____
Parent 2 : _____
Situation familiale : _____ Nombre d'enfants à charge : _____
Adresse : _____ CP : _____
Ville : _____ Téléphone : _____ @ : _____
Parent 1 :  _____ Professionnel : _____
Parent 2 :  _____ Professionnel : _____
N° sécurité sociale dont dépend l'enfant : _____ N° allocataire CAF : _____
Régime d'appartenance : Régime Général ☐ MSA ☐ Régime Maritime ☐
Assurance responsabilité civile N° : _____ Nom assureur : _____

RENSEIGNEMENTS ENFANT

Inscription (cocher le lieu et le choix) :

☐ BREZOLLES

☐ LAONS

☐ Forfait Périscolaire matin* - ☐ Forfait Périscolaire soir* - ☐ Périscolaire occasionnel
☐ Mercredis * ☐ Vacances

Nom de l'enfant : _____ **Prénom :** _____
Date de naissance : _____ **Sexe :** M ☐ F ☐ **Classe :** _____
En cas d'urgence, s'il n'est pas possible de joindre le responsable de l'enfant, prévenir :
NOM : _____ **Téléphone :** _____ **Mobile :** _____

DECHARGE PARENTALE

Déclaration : Je soussigné(e) _____, titulaire (s) de l'autorité parentale de l'enfant nommé ci-dessus,

☐ Autorise l'enfant à rentrer seul chez lui (8 ans minimum) à la fin de l'accueil de loisirs sans hébergement (ALSH) et décharge l'organisateur et l'encadrement de toutes responsabilités. L'horaire de départ de l'enfant partant seul devra être précisé par écrit à la direction, par le titulaire de l'autorité parentale.

☐ Autorise l'équipe d'animation à déposer mon enfant à l'arrêt de bus le matin à la fin du périscolaire (scolarisés à l'école de Crucey Village), sous réserve de modifications des horaires du transport mis en place par l'Agglo du Pays de Dreux, et que ces derniers coïncident avec les horaires des écoles de Brezolles.

☐ N'autorise pas l'enfant à rentrer seul chez lui mais autorise les personnes suivantes âgées de plus de 16 ans à venir le chercher (préciser Nom/Prénom et si lien de parenté + N° tél. et fournir une copie de la pièce d'identité à la Direction de la structure) :

☐ Autorise l'enfant à participer à toutes les activités de l'ALSH.

☐ Autorise le directeur de l'ALSH à faire soigner l'enfant, à le faire hospitaliser, à pratiquer les interventions et opérations d'urgence suivant les prescriptions du médecin ou du chirurgien.

☐ Autorise l'Agglo du Pays de Dreux et l'Association des ADPEP 28 à utiliser les photos ou films de l'enfant pris lors des activités et ce, dans le cadre des supports de communication de la collectivité ou de ses partenaires institutionnels.

☐ M'engage à rembourser les dépenses engagées pour le transport ou le traitement en cas de maladie ou d'accident.

Dans le cadre de la protection des données (Rgpd), les familles doivent désormais donner l'autorisation aux services des PEP 28 de consulter et recueillir les informations les concernant sur le site de la CAF.

Mme/Mr.....titulaire de l'autorité parentale de l'enfant..... fréquentant :

Accueil de Brezolles :

☐

Accueil de Laons :

☐

Autorise l'Association des PEP 28 à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF, dont mes ressources N-2, le nombre d'enfants à charge, le nombre d'enfants en situation de handicap bénéficiant de l'Aeeh, afin de calculer le tarif horaire applicable dans le cadre de l'Accueil de loisirs et à conserver des copies d'écran de cette consultation pendant 5 ans.

A _____, le _____

Signature :



Liste des documents à fournir pour l'inscription de votre enfant :

- ✓ Fiche d'inscription ci-jointe
- ✓ Fiche sanitaire ci-jointe avec photo obligatoire
- ✓ Photocopie d'un justificatif de domicile
- ✓ Numéros allocataire CAF ou Photocopie du dernier avis d'imposition
- ✓ Photocopie des vaccins de votre enfant
- ✓ Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile et assurance couvrant les activités extra-scolaires
- ✓ Pour les forfaits périscolaires et mercredis uniquement : le mandat SEPA complété et signé ainsi que votre RIB
- ✓ Pour les enfants déjà inscrits en 2021/2022 : La partie du document « A REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS DE RENOUVELLEMENT D'INSCRIPTION, complétée et signée.



Accueil de loisirs de Brezolles/ Laons

PERISCOLAIRE :

Horaires : 7h15-8h35/ 16h10-18h30

Attention : les Tarifs 2022/2023 sont susceptibles d'être modifiés.

TARIFS PERISCOLAIRE		
Revenus	Forfait mensuel *	
	Matin	Soir
0-1000	18.40 €	29.80 €
1001-1500	19.63 €	31.80 €
1501-2000	20.84 €	33.85 €
2001-2500	22.08 €	35.85 €
2501 et +	23.28 €	37.90 €
	Par jour	
Occasionnel (à la présence)	5.35 €	6.35 €

*Le choix du forfait entraine une facturation lissée et mensualisée de septembre à juin.

Contact LAONS: perisco.laons@pep28.asso.fr - 06.60.07.07.54

Contact BREZOLLES : alsh.brezolles@pep28.asso.fr - 07.50.15.57.02

MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES (structure fermée aux vacances de Noël et le mois d'Août) :
(Des dates d'inscriptions spécifiques aux périodes de vacances seront communiquées au cours de l'année)

Horaires : Accueil entre **7h30** et 9h30/ départ entre 16h30 et **18h30**

Attention : les Tarifs 2022/2023 sont susceptibles d'être modifiés.

TARIFS ACCUEIL DE LOISIRS		
Revenus en euros	MERCREDIS	VACANCES
	POUR 1 ENFANT INSCRIT	
	4 mercredis* (mois complet)	1 semaine de 5 jours (prorata si jours férié)
0 - 1000	41.20 €	51.50 €
1001 à 1500	45.20 €	56.55 €
1501 à 2000	49.20 €	61.60 €
2001 à 2500	53.60 €	67.70 €
2501 et +	57.80 €	72.70 €
Hors agglo	111.20 €	138.40 €

*Le choix du forfait entraine une facturation lissée et mensualisée de septembre à juin.

Contact : alsh.brezolles@pep28.asso.fr - 07.50.15.57.02



A REMPLIR UNIQUEMENT POUR TOUTE NOUVELLE INSCRIPTION :

Je soussigné(e)..... déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus (merci de vérifier vos coordonnées ci-dessus et sur la fiche sanitaire de l'enfant).

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur actualisé et l'accepter.

Classe de l'enfant en septembre 2021

Fait à :,

le : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

Signature(s) titulaire(s) de l'autorité parentale

A REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS DE RENOUVELLEMENT D'INSCRIPTION :

Je soussigné(e)..... déclare exacts, les renseignements notifiés sur le dossier d'inscription de l'an passé (2021/2022) et sur la fiche sanitaire de l'enfant.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur actualisé et l'accepter.

Demande la ré inscription pour l'année scolaire 2022/2023 pour mon enfant :

NomPrénom.....(une fiche par enfant)

Classe de l'enfant en septembre 2022 :

BREZOLLES

LAONS

☐ Forfait Périscolaire matin - ☐ Forfait Périscolaire soir ☐ Périscolaire occasionnel

Mercredis ☐ **Vacances** ☐

Fait à :,

le : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

Signature(s) titulaire(s) de l'autorité parentale



AUTORISATION DE PRISE ET DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIE
(Pour une personne mineure)

JE SOUSSIGNÉ(E) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Code Postal : **Ville :**

Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant ou des enfants

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

AUTORISE (cochez les cases utiles) :

- ☐ La prise d'une ou plusieurs photographie(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le (les) représentant.
- ☐ La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) le (les) représentant dans le(s) cadre(s) strictement énoncé(s) ci-après :
- site Internet des PEP, site Internet des PEP28, plaquette de communication pour l'ADPEP28 et autres publications diverses en rapport avec les PEP28 ou la fédération des PEP, présentations visuelles lors des réunions familles, publications et sites Internet de la Ville et Communauté de Communes d'implantation de la structure accueil de loisirs, petite enfance, centre social, centre de découvertes.

Toute personne ayant un droit exclusif sur son image et l'utilisation qui en est faite, à défaut d'accord de votre part dans le cadre de la présente autorisation, son (leur) image ne pourra faire l'objet d'une quelconque fixation, utilisation, diffusion ou commercialisation.

Fait à : **Le :** / /
(Signature) Signature précédée de la mention manuscrite
« Bon pour accord »

Photo

Fiche Sanitaire

BREZOLLES / LAONS

Accueil de Loisirs 3-6 ans Maternel

Accueil de Loisirs 6-14 ans Elémentaire

NOM :

Prénom :

Sexe () Masculin () Féminin

Date de Naissance :

Entrée le :/...../.....

Maj le :/...../.....

Maj le :/...../.....

TITULAIRE DE L'AUTORITE PRENTALE :

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
.....
.....
Tél. domicile : Email :
Tél. Professionnel :
Tél portable :
N° de Sécu : Centre de Sécu :
Employeur : Profession :
Ressortissant régime
() CAF N° CAF :
() MSA N° MSA :
() Autre
Sous tutelle financière : Organisme de tutelle :

PARENT 1

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
.....

Tél. domicile : Email :
Tél. Professionnel :
Tél portable :
N° de Sécu : Centre de Sécu :
Employeur : Profession :

PARENT 2

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
.....

Tél. domicile : Email :
Tél. Professionnel :
Tél portable :
N° de Sécu : Centre de Sécu :
Employeur : Profession :

Repas spécifique pour raison médicale ou religieuse : () oui () non

Précisez :
.....

Autorisation intervention médicale () oui ()
nonCertificat médical présent avec ce document ()
oui () nonMédecin traitant
:

.....
Demande de PAI (repas spécifiques en cas d'allergies, en situation de handicap...) () oui () non

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...)

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives...etc

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

Je soussigné.e.....titulaire
de l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et
auto- rise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures
(traitementmédical d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues
nécessaire par l'état de l'enfant.

Fait à Signature,
Le
.....

1 – ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM:

PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE:

GARÇON	☐	FILLE	☐
--------	--------------------------	-------	--------------------------

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

L'enfant a-t-il un PAI (Projet d'accueil individualisé) ? ☐ OUI ☐ NON

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, si sans PAI

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES :

ASTHME	oui	☐	non	☐
MÉDICAMENTEUSES	oui	☐	non	☐
ALIMENTAIRES	oui	☐	non	☐
AUTRES.....				

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A 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 DEL'ENFANT

NON.....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :

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

*Je soussigné(e), 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: _____

Date:

La fiche sanitaire et les informations ci-dessous accompagnent votre enfant lors de chaque déplacement de l'accueil de loisirs.

Merci de noter de nouveau tous les renseignements.

Pour vous joindre en cas d'urgence

Mère :

Domicile :

Professionnel :

Portable :

Père :

Domicile :

Professionnel :

Portable :

Autres personnes à prévenir en cas d'accident

Nom :

Téléphone :

Nom :

Téléphone :

Personnes habilitées à récupérer l'enfant

.....

.....

.....



Autorisation individuelle d'être filmé(e), Photographié(e) et/ou interviewé(e)

Je soussigné(e) :

☐ Madame

☐ Monsieur

NOM :

Prénom :

Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant :

☐ **Autorise** l'Association des PEP 28 à réaliser des reportages vidéo traitant de l'ensemble des activités gérée par l'association :

- Filmer
- Photographier
- Interviewer
- Utiliser l'image de mon enfant

Dans le cadre unique de la promotion des activités des PEP 28.

En conséquence, j'autorise l'Association des PEP 28 à fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public par le biais d'internet, par le biais des publications diverses en rapport avec les PEP 28 ou de la Fédération des PEP, des publications et site internet de la Ville et de la Communauté de Communes d'implantation de la structure ou durant des assemblées, les films et les photographies pris dans le cadre de ce projet et/ou les paroles prononcées par mon enfant dans ce même cadre.

Les photographies, films et/ou interview pourront être exploité(e)s et utilisé(e)s directement par l'organisation PEP 28 sous toute forme et tous supports connus notamment les outils électroniques (Site internet et autres)

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interview susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou à ma réputation, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interview objets de ce projet dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou tout autre exploitation préjudiciable

Je me reconnais entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation de la vidéo

☐ **Refuse** la participation de mon enfant aux reportages (photos, films, interview) réalisés par l'Association des PEP 28.

(Faire précéder la signature de la mention « **lu et approuvé** »).

Date :

Signature :

ASSOCIATION DEPARTEMENTALE DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC D'EURE ET LOIR
3, rue Charles Brune 28110 LUCÉ

Tél : 02 37 88 14 14 Fax : 02 37 35 61 73 - Mail : standard@pep28.asso.fr

Association d'Intérêt Général – Agrément « Jeunesse Education Populaire » - Agrément « Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale »

Ouverture du lundi au jeudi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30 et le vendredi de 13h30 à 17h30