



Pôle jeunesse de Sarrians

Dossier d'inscription

Année 2026-2027

La ou les structures de votre enfant.

☐

ALSH AFCAS : 6 à 11 ans (primaire)

☐

Club Jeunes : 11 ans à 17 ans (collège - lycée)

☐

**CLAS (accompagnement scolaire: 11 ans à 17 ans
(collège - lycée)**

Pour vous inscrire :

- ☐ **Fiche de renseignements complète.**
- ☐ **Règlement intérieur lu et signé.**
- ☐ **Attestation CAF ou MSA (quotient familial). (Le dernier avis d'imposition si pas d'attestation CAF ou MSA).**
- ☐ **Attestation d'assurance extra-scolaire (vacances) et/ ou périscolaire (mercredis) de l'année en cours.**
- ☐ **1 photo.**
- ☐ **Photocopies des vaccinations à jours.**
(possibilité de les faire dans les différentes structures)
- ☐ **Copie intégrale du livret de famille**

Si nécessaire :

- ☐ **Notification de décision MDPH en cas de versement de l'allocation AEEH (à remettre sous enveloppe cachetée)**
- ☐ **Protocole d'Accueil Individuel (P.A.I.)**
- ☐ **En cas de séparation : Le détail des modalités de garde ainsi que les modalités de l'exercice de l'autorité parentale, via le jugement de divorce ou l'ordonnance du juge.**
- ☐ **Adhésion annuelle**
 - 15 € Sarriannais
 - 20 € extérieur

Aide aux temps libre CAF ou MSA acceptés / ANCV / chèque/ CB

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom

Prénom

Date de naissance

Lieu de naissance

Classe / Niveau

Numero d'allocataire
CAF / MSA

Quotient Familial

Telephone (de votre ados)

Numero de securite sociale

Assurance – Compagnie

N° de contrat

Date d'echéance

Ecole frequentee

CHOIX DES STRUCTURES

☐ ALSH AFCAS

☐ Club Jeunes

☐ Accompagnement Scolaire

Règlement / paiement de l'adhésion

PARENT / RESPONSABLE LEGAL 1

Nom

Prénom

Adresse

Tel. fixe

Mobile

Tel. professionnel

E-mail

Profession

Autorité parentale ☐ Oui ☐ Non

PARENT / RESPONSABLE LEGAL 2

Nom

Prénom

Adresse

Tel. fixe

Mobile

Tel. professionnel

E-mail

Profession

Autorité parentale ☐ Oui ☐ Non

AUTORISATIONS

- ☐ J'ai pris connaissance et accepte les conditions d'adhésion et le règlement intérieur.
☐ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par la structure.
☐ J'autorise les déplacements et le transport de mon enfant dans le cadre des activités.

Signature des parents
/ responsable legal

AUTORISATIONS PHOTO ET IMAGE

J'autorise que mon enfant soit pris en photo dans le cadre des activités Péri et extrascolaires et à être utilisé pour les activités.

Mère : ☐ Oui ☐ Non Père : ☐ Oui ☐ Non

J'autorise l'Accueil de Loisirs/ Club jeunes à utiliser dans le cadre de publications ou sur le site internet, presse, des photos & des vidéos de mon enfant prises au cours d'activités

Mère : ☐ Oui ☐ Non Père : ☐ Oui ☐ Non

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à participer à toutes les sorties organisées par les structures du pôle jeunesse (déplacements en véhicules adaptés au transport d'enfants). ☐ Oui ☐ Non

J'autorise mon enfant à sortir de la structure dans le cadre de son activité extrascolaire (foot, bmx, danse etc...) avec une personne agréée. Dans le cas présent il sera à la charge de cette association le temps de son activité. ☐ Oui ☐ Non

☐ J'autorise mon enfant à être repris par une personne mineure désignée par mes soins :

NOM : Prénom : Lien de parenté :

NOM : Prénom : Lien de parenté :

J'autorise mon enfant à rentrer seul, je décline toutes responsabilités des animateurs en cas d'incident des sa sortie de la structure . ☐ Oui ☐ Non

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom	Prénom	Tel.	Lien de parenté	PERSONNE A CONTACTER SI LES PARENTS NE SONT PAS JOIGNABLES (ordre 1, 2...)

Votre enfant ne pourra pas quitter les structures avec des personnes non autorisées. Dans le cas où une personne non listée se présente, la structure s'engage à téléphoner aux parents ou au responsable légal, et ne pas laisser partir l'enfant sans votre accord.

INFORMATIONS ET DROIT D'ACCES

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion du Pôle jeunesse. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant aux responsables des structures.

CONFIRMATION D'INSCRIPTION

Je soussigné(e) confirme l'inscription de mon enfant aux activités proposées par l'association AFCAS.

Fait le : A :

Signature des parents /
responsable légal :

Signature des
directeurs :

Signature de
la présidente :

L'inscription sera définitive une fois toutes les pièces demandées, les factures en attente réglées et l'adhésion acquittée.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANTECEDENTS MEDICAUX

A-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubeole ☐ Oui ☐ Non

Varicelle ☐ Oui ☐ Non

Angine ☐ Oui ☐ Non

Coqueluche ☐ Oui ☐ Non

Otite ☐ Oui ☐ Non

Scarlatine ☐ Oui ☐ Non

Oreillons ☐ Oui ☐ Non

Rougeole ☐ Oui ☐ Non

MEDECIN TRAITANT

Medecin traitant (Nom et numéro de téléphone)

TROUBLES DE SANTE / TRAITEMENT / URGENCE / PAI

Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé :

Votre enfant suit-il un traitement régulier : ☐ Oui ☐ Non

Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre pour son accueil et en cas d'urgence : ☐ Oui ☐ Non

Précisez

Autres indications utiles (port de lunettes, protheses dentaires ou auditives, suivi specialise)

Merci de préciser si votre enfant rencontre un autre trouble de la santé (langage, comportement, dys...) et la conduite à suivre

Si votre réponse est Oui, vous devez completer un protocole d'accueil individualise (P.A.I), veuillez-vous rapprocher de l'equipe de direction qui vous expliquera la procedure a suivre. (document écrit qui organise la vie quotidienne des enfants ou adolescents atteints de troubles de la santé chroniques, d'allergies ou d'intolérances alimentaires)

ALLERGIES

Allergies alimentaires / régime spécifique (Sans porc, vegetariens, etc.)

Allergies medicamenteuses

Asthme : ☐ Oui ☐ Non Diabete : ☐ Oui ☐ Non Epilepsie : ☐ Oui ☐ Non

AEEH / MDPH

Avez-vous un AEEH : ☐ Oui ☐ Non Notification MDPH : ☐ Oui ☐ (en cours) ☐ Non

VACCINATIONS /

Vaccinations : Joindre les photocopies des vaccins (DTP)

Si votre enfant n'est pas vacciné, un certificat de non-contagion vous sera demandé.

DECLARATION ET SIGNATURES

Je soussigne M..... responsable legal de l'enfant declare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable a prendre le cas echeant toutes mesures rendues necessaires par l'etat de l'enfant.

Fait le A

Signature de la mere (ou tutrice) :

Signature du pere (ou tuteur) :