



DOSSIER UNIQUE
D'INSCRIPTION 2026 - 2027
Accueil de loisirs
extrascolaire et Périscolaire



Cadre réservé à l'administration

- Numéro Allocataire Attestation d'assurance Attestation de domicile
 AIGA OK Pharma OK Copie du carnet de santé Copie du livret de famille
 Copie de la CNI Fiche sanitaire Jugement divorce garde des enfants

ENFANT

Nom: Prénom:
Date de naissance:...../...../..... Commune de naissance.....
Adresse:..... CP:..... Ville:.....

SCOLARISATION

- Ecole maternelle Ecole élémentaire Autres..... Classe
 OSSEJA PALAU DE CERDAGNE ENVEITG Autres.....
 Institution (ime, itep, iem, ies...) A Domicile

lieu de vie (plusieurs choix de cases possible si garde alternée,famille élargie...)

- Parental Paternel Maternel Tuteur, tutrice Famille d'accueil (assistant familial)

Régime allocataire

CAF: MSA: Autres régimes: N° allocataire
(MSA veuillez fournir une attestation Quotient Familial Simple)

Responsable de l'enfant

Situation de famille : célibataire union libre pacsé(e) marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

Si l'enfant est en garde alterné ou partagé, préciser l'adresse de facturation (en cochant ci-dessous)

Nom et prénom du représentant légal 1

Nom:
Prénom :
Profession :
Employeur:
Tel portable :
Tel employeur:
E-mail :

Adresse si différente de celle de l'enfant

.....
.....
CP Ville.....

Préférences de Communication

- E-mail Par papier dans le cahier de l'école

Nom et prénom du représentant légal 2

Nom:
Prénom :
Profession :
Employeur:
Tel portable :
Tel employeur:
E-mail :

Adresse si différente de celle de l'enfant

.....
.....
CP Ville.....

Préférences de Communication

- E-mail Par papier dans le cahier de l'école

Je soussigné(e), responsable l'égal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
Fait à Le :...../...../..... Signature du représentant légal

Autorisation des responsables

Je soussigné(e) (nom et prénom du représentant légal).....Autorise

Mon enfant à participer aux activités des Accueils de Loisirs Périscolaires et Extrascolaires y compris à celles se déroulant à l'extérieur des locaux de la structure.

L'utilisation de l'image de mon enfant (photo ou vidéo) sur les différents supports qu'utilise le SIVU Enfance Jeunesse de la vallée de la Vanera pour sa communication (site internet, presse, plaquettes, affiches, vidéo...)

Nom et prénom de la personne autorisée à prendre en charge l'enfant.

Il est recommandé de présenter la personne au préalable, et ce à l'exclusion de tout mineur. L'enfant sera remis à la personne désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité.

Nom : Prénom : Tel :

Nom : Prénom : Tel :

Nom : Prénom : Tel :

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom : Prénom : Tel :

Nom : Prénom : Tel :

Le SIVU est partenaire du pôle ressources Hand'Avant 66

(Professionnels qui accompagne l'équipe d'animation et les familles pour faciliter un accueil de qualités dans les structures du SIVU.)

L'enfant bénéficie-t-il d'un dispositif de scolarisation personnalisé PPS

Le P.P.S. propose des dispositifs tels que : AVS/AESH - ULIS - Matériel adapté...

Oui: Non: Ne souhaite pas répondre

Suivi complémentaire

(CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour) cocher la case correspondante

Oui: Non: Ne souhaite pas répondre

Bénéficiaire de L'AEEH

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la caf. - Cocher la case correspondante.
Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

Oui: Non: Ne souhaite pas répondre

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR :

- Numéro Allocataire CAF ou attestation MSA (Attestation Quotient Familial simple)
- Fiche Sanitaire
- Attestation de domicile (facture EDF, téléphone...)
- Attestation d'assurance scolaire et extrascolaire : Individuelle d'accident et Responsabilité Civile
- Copie du carnet de santé de l'enfant avec les vaccinations obligatoires.
- Copie du livret de famille(complet).
- Copie de la carte nationale d'identité de l'enfant
- En cas de divorce ou de séparation, une photocopie des extraits du jugement concernant la garde des enfants,
- AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST)
D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE + CNI du parent qui signe le document.
- Si PAI, copie du document de projet d'accueil individualisé qui précise ses besoins thérapeutiques.
- Si PPS : notification CDAPH (commission des droits à l'autonomie des personnes handicapées).
- SI AEEH : notification précisant l'ouverture des droits AEEH (L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé)

Je certifie exacts les renseignements portés ci-dessus.

Je soussigné(e) avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure d'accueil

(sur le site <http://www.sivuej-vanera.fr>) et l'accepte dans son intégralité.

Fait à Le :...../...../..... Signature du représentant légal



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DE L'ENFANT 2026 – 2027**

L'ENFANT

SEXE Féminin Masculin

NOM :

Prénom :

DATE DE NAISSANCE :

Age :

N° sécurité sociale associé à l'enfant :

Bénéficiaire de la Couverture de Maladie Universelle (CMU) Non Oui

ALLERGIE

Alimentaire non oui Laquelle :

Médicamenteuse non oui Laquelle :

Autres non oui Laquelle :

PATHOLOGIE (asthme, diabète, épilepsie, autres...)

.....

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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

non oui en cours d'élaboration oui déjà établi

Si oui

Merci de nous faire parvenir une copie du PAI signée à la fois par la famille et par le médecin traitant.

Sans la copie du PAI, nous ne pouvons pas approuver l'inscription de l'enfant

car nous ne pouvons pas garantir sa sécurité physique.

