



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 recto verso de la carte nationale d'identité de l'enfant
  - ☐ Copie recto verso de la carte d'identité des parents.
  - ☐ 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

SIVU Enfance Jeunesse de la vallée de la Vanera 1 rue du Canigou 66340 OSSEJA

Tél : 04 30 45 14 81 - Tel : 06 47 29 03 79 E-mail : [alsh.vanera@gmail.com](mailto:alsh.vanera@gmail.com)



## 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<br>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 ?

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

## TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administrer sans PAI. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées pathologie au nom de l'enfant avec la notice)

Traitement régulier ☐ Aucun ☐ Pris au domicile ☐ A prendre sur la structure

Traitement en cas de crise (, allergie...) ☐ Non ☐ Oui

Si traitement : Joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence.

## APPAREILLAGE COMPENSATOIRE

☐ Lunette ☐ Lentilles ☐ Prothèses Auditives ☐ Prothèses Dentaires

☐ Appareil orthopédique ☐ Lequel

Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon activité...)

-----  
-----  
-----

## Informations supplémentaires qui nécessitent une surveillance particulière.

-----  
-----  
-----

### MÉDECIN TRAITANT (facultatif)

Nom : Tél : Adresse :

RESPONSABLE(S) En cas de : divorce, séparation des parents, de délégation à un tuteur/tutrice, merci de fournir le jugement correspondant afin de prendre connaissance des modalités de l'autorité parentale.

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur/Tutrice

Nom : -----

Prénom : -----

Adresse : -----

Commune : -----

Tél : -----

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur/Tutrice

Nom : -----

Prénom : -----

Adresse : -----

Commune : -----

Tél : -----

## AUTORISATION DES RESPONSABLES

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

J'autorise les adultes encadrants à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'ordre médical rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

A ----- le / / Signature du / des responsable(s)

FICHE SANITAIRE A RETOURNER SIGNÉE A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

SIVU ENFANCE JEUNESSE DE LA VALLEE DE LA VANERA 1 RUE DU CANIGO 66340 OSSEJA  
TEL : 04-30-45-14-81 PORTABLES : 06-47-29-03-79  
MAIL : alsh.vanera@gmail.com