

FÉDÉRATION VAR

la ligue de  
l'enseignement

un avenir par l'éducation populaire



SANARY  
SUR MER



# DOSSIER D'INSCRIPTION

PERISCOLAIRE École :



2023/24



## CONTACTS DE VOTRE ACCUEIL DE LOISIRS

### Direction :

La Guicharde  
361 Avenue du stade  
83110 Sanary sur Péré

09 53 01 98 38  
alsh.sanary@aligue83.org

## PERMANENCES POUR LES INSCRIPTIONS

**Auprès d'Armande :**  
au 361 avenue du Stade

**Téléphonique :**  
09 53 01 98 38  
Tous les jours  
de 7h30 à 12h30  
et de 16h30 à 18h30

**Paiement :**  
sur place  
ou par prélèvement

## DOCUMENTS À FOURNIR :

Dossier d'inscription complet  
et dûment complété

Fiche sanitaire

photocopie du carnet de vaccination  
(page DT polio).

*Si l'enfant n'a pas fait ses vaccins obligatoires, joindre un  
certificat médical de contre-indication. Attention: le vaccin  
anti tétanique ne présente pas de contre-indication.*

Justificatif de domicile de moins de 3 mois  
(taxe d'habitation, taxe foncière, quittance E.D.F., loyer)

Assurances : responsabilité civile et assurance  
extra-scolaire

Si séparation des parents, copie du jugement de  
divorce

Si PAI : documents avec médicaments identifiés  
au nom de l'enfant

Coefficient de la CAF

Copie de l'attestation de l'assuré social

RIB

Les attentes de l'enfant

Les attentes des parents



# VOTRE ENFANT



Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : Féminin Masculin

Date de naissance ..... Lieu de naissance ..... Classe .....

N° de sécurité sociale d'affiliation de l'enfant .....

Centre de sécurité sociale : ..... Régime : .....

Mon enfant a-t-il une notification MDPH ? Oui Non En cours de traitement

Mon enfant perçoit l'AEEH ? Oui Non En cours de traitement

Votre enfant bénéficie-t-il d'une AESH (ex AVS) Oui Non En cours de traitement

Mon enfant a un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? Merci de fournir l'attestation Oui Non

Alimentaire Autre : .....

# SA FAMILLE

Situation familiale : Célibataire Marié Divorcé Famille recomposée

Responsable de l'enfant : Père Mère Tuteur

Qui a la garde de l'enfant ? Père Mère Tuteur .....

Qui est autorisé à récupérer l'enfant ? Père Mère Autre .....

Un frère et/ou une soeur fréquente(nt) également l'accueil de loisirs? Oui Non

si oui, son nom et prénom .....

## RESPONSABLE LÉGAL 1

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse .....

Tél. domicile .....

Tél. portable .....

Profession .....

Tél. travail .....

Email .....

Sécurité sociale .....

Régime .....

N° d'allocataire .....

Quotient familial .....

N° d'Assurance Responsabilité civile

et coordonnées .....

## RESPONSABLE LÉGAL 2

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse .....

Tél. domicile .....

Tél. portable .....

Profession .....

Tél. travail .....

Email .....

Sécurité sociale .....

Régime .....

N° d'allocataire .....

Quotient familial .....

N° d'Assurance Responsabilité civile

et coordonnées .....

## PERSONNES A PRÉVENIR

EN CAS D'URGENCE (autre que les parents)

Nom et prénom : .....

Téléphone : .....

Nom et prénom : .....

Téléphone : .....

## PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom et prénom : .....

Téléphone : .....

Nom et prénom : .....

Téléphone : .....

# INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Je soussigné.e : ..... en tant que responsable légal.e,  
de .....

déclare que :

Mon enfant vient-il pour la première fois ?      Oui      Non

## Activités

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs et certifie qu'il ne présente  
aucunes contre-indications médicales à la pratique de ces activités?      Oui      Non

## Déplacement

J'autorise mon enfant à rentrer tout seul chez lui à partir de 17h30 ? (Pour toute l'année scolaire ainsi  
que pour l'extrascolaire)      Oui      Non

J'autorise l'accueil de loisirs à transporter mon enfant en véhicule (minibus et autocar) dans le cadre  
des sorties prévues par l'ALSH ou dans le cadre du dispositif des Options Loisirs ?      Oui      Non

## Soins

J'autorise la direction à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les soins d'urgence suivant les in-  
dications des professionnels médicaux et je m'engage à payer les frais médicaux et pharmaceutiques  
d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuels.      Oui      Non

## Sport

Mon enfant sait-il nager 25 mètres (fournir attestation) ?      Oui      Non

**Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce document**

Fait à ..... le .....

**Signature du responsable légal obligatoire**



Pour le faire numériquement  
Après avoir enregistré le fichier sur votre ordinateur  
cliquer sur *signer / signer moi-même / tracer*



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE :            M               F  

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

## 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui     Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).  
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MEDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non  
.....  
.....  
.....

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc..

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

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....  
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....  
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

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.

Date :

Signature :



Pour le faire numériquement  
Après avoir enregistré le fichier sur votre ordinateur  
cliquer sur signer / signer moi-même / tracer



# DROIT A L'IMAGE



Je soussigné.e, Nom : .....  
Prénom : .....  
téléphone : .....  
.....  
Email : .....  
.....  
Agissant en qualité de Père Mère Tuteur légal  
de l'enfant : .....

Autorise  N'autorise pas  
L'équipe d'encadrement et l'organisateur du séjour à filmer et photographier mon enfant lors  
des activités organisées.

Autorise  N'autorise pas  
La Ligue de l'Enseignement - FOL du Var, organisateur / producteur dudit séjour à représenter,  
sans limitation de durée, la ou la photographies ou films de mon enfant pour la promotion de  
ces activités sur l'ensemble de ses supports (magazines, plaquettes, affiches, sites internet,  
réseaux sociaux (en particulier ceux de l'accueil de loisirs), stands, expositions, films et support  
numériques, etc. ainsi que dans les journaux régionaux et communaux.

Il va de soi qu'aucune photo (et sa légende), qu'aucune vidéo (et son commentaire) ne devront porter pré-  
judice à l'enfant et que je pourrai annuler la présente autorisation à tout moment auprès de la Ligue de  
l'Enseignement FOL du Var à l'adresse suivante [ccrespo@laligue83.org](mailto:ccrespo@laligue83.org)

Fait à ..... le .....

## Signature des responsables légaux obligatoire



Pour le faire numériquement  
Après avoir enregistré le fichier sur votre ordinateur  
cliquer sur signer / signer moi-même / tracer



# COLLECTE DE DONNÉES PERSONNELLES

Les informations personnelles portées sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service « LOISIRS ET EDUCATION ».

Nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire pour assurer le traitement de l'inscription de votre enfant.

- Vous exercez votre droit de suppression des données vous concernant, dans les conditions décrites ci-après ;
- Une durée de conservation plus longue est autorisée ou imposée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.

Pendant cette période, nous mettons en place tous moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

L'accès à vos données personnelles est strictement limité à notre personnel administratif et au secrétariat et direction du service « LOISIRS ET EDUCATION ». Le cas échéant, à nos sous-traitants de gestion de notre base de données. Les sous-traitants en question sont soumis à une obligation de confidentialité et ne peuvent utiliser vos données qu'en conformité avec nos dispositions contractuelles et la législation applicable. En dehors des cas énoncés ci-dessus, nous nous engageons à ne pas vendre, louer, céder ni donner accès à des tiers à vos données sans votre consentement préalable, à moins d'y être contraints en raison d'un motif légitime (obligation légale, lutte contre la fraude ou l'abus, exercice des droits de la défense, etc.).

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant le responsable de traitement du service « LOISIRS ET EDUCATION », à l'adresse mail : [ccrespo@laligue83.org](mailto:ccrespo@laligue83.org) ou en adressant votre demande par courrier à l'adresse : SERVICE LOISIRS ET EDUCATION, Ligue de l'Enseignement - Fédération des Œuvres Laïques du Var - 68, avenue Victor Agostini 83000 TOULON.

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)). Enfin, nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire (<https://conso.bloctel.fr>).

A ..... le .....

Nom/Prénom du signataire .....

Signature obligatoire



Pour le faire numériquement  
Après avoir enregistré le fichier sur votre ordinateur  
cliquer sur signer / signer moi-même / tracer



# PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ - PAI

⚠ Merci de joindre l'ensemble des documents établis par les professionnels.



## ACCUEIL DE LOISIRS DE .....

### ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :    Féminin    Masculin

Adresse : .....

.....

.....

.....

### CONTACTS EN CAS D'URGENCE

Père : .....

Mère : .....

Autre (précisez) : .....

### MÉDECINS

Pédiatre : .....

Allergologue : .....

Autres (précisez) : .....

Conduite à tenir en cas d'urgence : .....

.....

.....

### ALLERGIES

Si oui, lesquelles : .....

.....

.....

.....

### AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES

Si oui, lesquelles : .....

.....

.....

.....

.....