

Dossier d'inscription – Automne 2022

A retourner accompagné des pièces complémentaires.

Nous vous rappelons qu'en raison d'un nombre limité de places, la pré-inscription sur internet ne sera validée qu'à réception de toutes les pièces administratives. Les dossiers seront traités par ordre d'arrivée. Les activités sont réservées en priorité aux jeunes résidents sur le territoire de la Communauté de Communes du Massif du Sancy. Les enfants non domiciliés sur le territoire seront inscrits sur une liste d'attente et un tarif « hors territoire » leur sera appliqué. **Aucune inscription ne sera faite par téléphone.**

Modalités de paiement

Les paiements sont à adresser uniquement au Trésor Public dès réception, par mail, de l'avis de sommes à payer, qui validera, ainsi, l'inscription à l'activité demandée. **La Communauté de Communes ne réceptionne plus les paiements.**

Attention, suite au changement de trésorerie, les paiements se font désormais uniquement à la trésorerie de THIERS, par virement bancaire, chèque ou ANCV.

Trésorerie des EPSMS du Puy-De-Dôme
Avenue du Bon-Repos
BP72
63307 THIERS

Modalités d'inscription :

- Si une activité est complète, votre enfant sera inscrit sur liste d'attente.
- Paiement effectué avant le stage ou la sortie, **par jeunes et par activité**

Inscription par Internet :

- Remplir le formulaire en ligne, et renvoyer les pièces justificatives obligatoire par mail à : alsh.sancy@gmail.com

Inscription par courrier :

- Remplir le dossier et le renvoyer avec les pièces justificatives obligatoires à :
Communauté de Communes du Massif du Sancy
6, avenue du Général Leclerc
63240 Le Mont-Dore

Pièces Administratives Complémentaires Obligatoires à fournir lors de la 1^{ère} inscription :

(Toute pièce manquante annulera l'inscription)

- Photocopie du carnet de vaccination : page DT Polio ou un certificat de vaccination ou de contre-indication
- Coupon du règlement intérieur signé disponible sur le site de la Communauté de Commune
- Attestation assurance **Extrascolaire 2022/2023 (responsabilité civile et individuelle accident)**
- Attestation du Quotient Familial (CAF/MSA). Sans justificatif le tarif maximum sera appliqué.

NOM..... Prénom..... Âge.....

Choix n°1 :

Choix n°2 :

Choix n°3 :

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE - 2022 – 2023

PARTIE 1 : ENFANT

Nom : Prénom :

Si un ramassage était organisé pour les vacances, seriez-vous intéressé ? * ☐ OUI ☐ NON
(*En fonction du nombre d'inscription)

Si oui, sur quelle commune souhaitez-vous un arrêt ?

☐ BESSE ☐ MUROL ☐ LA BOURBOULE ☐ LE MONT DORE

RESPONSABLES LEGAUX :

NOM et Prénom :

.....

Adresse.....

Code postal : Ville :

Adresse mail : Tél :

Régime : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autres régimes

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (devant être joignables à tout moment, hors responsable légale)

NOM et Prénom : Tél :

NOM et Prénom : Tél :

NOM et Prénom : Tél :

ATTESTATION PARENTALE :

Je soussigné(e)..... déclare,

1/Avoir pris connaissance du règlement intérieur

2/Avoir noté que mon enfant est responsable du matériel qu'il emporte ou qu'il loue par le biais de l'accueil de loisirs et qu'aucune prise en charge ne sera possible en cas de vol, perte ou détérioration, sans qu'une infraction ne soit constatée

3/Autorise l'organisateur à utiliser l'image et la voix de mon enfant à des fins strictes d'illustration et de promotion de ses activités non commerciales ☐ OUI ☐ NON

4/ ☐ Autorise ☐ N'autorise pas mon enfant à regagner son domicile par ses propres moyens après l'accueil de loisirs

5/ Autorise M^{me}/M..... à venir chercher mon enfant après l'activité.

Date : Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : ☐ Garçon ☐ Fille

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

NOM du médecin traitant : Tél :

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel : (joindre l'ordonnance médicale)

ALLERGIES : ☐ Asthme ☐ Alimentaires ☐ Médicamenteuses

☐ Autre :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, HOSPITALISATION, OPERATIONS) EN PRECISANT LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

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

☐ Autorise ☐ N'autorise pas le responsable en charge de l'accueil de loisirs de la Communauté de Communes à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature des parents ou représentant légal