

Dossier d'inscription

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.

Aucune inscription ne sera faite par téléphone.

Modalités d'inscription :

Modalités de paiement

Les paiements sont à adresser uniquement au Trésor Public de THIERS, par virement bancaire chèque ou ANCV, dès réception, par mail, de l'avis de sommes à payer, qui validera, ainsi, l'inscription à l'activité demandée. **Le CIAS du massif du Sancy ne réceptionne plus les paiements.**

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

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

Inscription par Internet :

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

Inscription par courrier :

- Remplir le dossier et le renvoyer avec les pièces justificatives obligatoires à :
Centre Intercommunal d'Action Sociale du Massif du Sancy
4 boulevard Mirabeau
63240 Le Mont-Dore

Pièces Administratives Complémentaires Obligatoires à fournir lors de la 1^{ère} inscription de l'année scolaire en cours

(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 à la Communauté de Communes au Mont-Dore ou à l'antenne de Besse, dans les mairies ou sur le site www.cc-massifdusancy.fr (rubrique Actions Sociales).
- Attestation assurance **Extrascolaire 2025/2026 (responsabilité civile ET individuelle accident)**
- Attestation du Quotient Familial (CAF/MSA). Sans justificatif le tarif maximum sera appliqué.

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE – 2025/2026

Activités choisies :
.....
.....

PARTIE 1 : ENFANT

Nom : Prénom :

Si un ramassage était organisé, 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 AUTRE

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 et m'engage à renvoyer le coupon signé

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