



# DOSSIER D'INSCRIPTION ADOLESCENT

*Année scolaire 2020 / 2021*

## ETAT DE CIVIL DE L'ADOLESCENT

Nom / Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_

Sexe  Féminin  Masculin

### SCOLARISATION 2020 / 2021:

Collège  Lycée  Institution (IME, IEM, ITEL ...)

Nom de l'Etablissement ou de l'Institution: \_\_\_\_\_

Classe 2020 / 2021: \_\_\_\_\_

Dossier à retourner avant le 03 juillet 2020

à:

**Communauté de Communes  
du Haut-Vallespir**

8 boulevard du Riuferrer

66150 Arles sur Tech

Tel: 04.68.21.82.05

### Valable pour:

- **P'tite Cafet** (Gymnase de la Forge, Arles sur Tech)  
(accueil du lundi au vendredi de 14h à 17h30 en période scolaire)
  - Samedi
  - Vacances scolaires
- } Sur les différents sites

## DOCUMENTS A FOURNIR (OBLIGATOIRE)

*Tout dossier incomplet sera refusé*

### Dossier complet et signé:

- Attestation d'assurance responsabilité civile 2020/2021 (périscolaire et extrascolaire)
- Photocopie des vaccinations (DT Polio uniquement)
- Un chèque de 10€ de cotisation annuelle (année scolaire)
- En cas de divorce / séparation: joindre la copie de la décision du juge aux affaires familiales et/ou du juge des enfants, ainsi que le planning de la garde alternée, signé des 2 parents.
- En cas de Projet d'Accueil Individualisé: Fournir le P.A.I. qui précise les besoins thérapeutiques

### Documents conseillés:

- Copie Carte d'Identité ou Passeport du jeune
- Autorisation de sortie du territoire
- Carte de santé européenne



**RESPONSABLE DE L'ENFANT:**

QUI A LA RESPONSABILITE JURIDIQUE DE L'ENFANT ?  Père  Mère  Père et Mère  Autres (préciser)


Père  Mère  Service social  Tuteur


Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_


N° CAF: \_\_\_\_\_

N° MSA : \_\_\_\_\_

N° S. Sociale : \_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_

Employeur: \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

Payeur:  Oui  Non

Signature: \_\_\_\_\_


Père  Mère  Service social  Tuteur


Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_


N° CAF: \_\_\_\_\_

N° MSA : \_\_\_\_\_

N° S. Sociale : \_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_

Employeur: \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

Payeur:  Oui  Non

Signature: \_\_\_\_\_

L'ENFANT SAIT-IL NAGER:  OUI  NON

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (Obligation d'être majeur):**

En cas D'urgence	Autoriser à récupérer l'enfant	Nom - Prénom et lien	Téléphone
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

- ✓ Par chèque à l'ordre du Trésor Public
- ✓ En espèces
- ✓ Par CESU et ANCV

- Autorise le jeune inscrit à venir fréquenter et utiliser les locaux des espaces jeunes de la Communauté de communes du Haut-Vallespir.
  
- Dégage l'encadrement de toutes responsabilités des vols qui pourraient avoir lieu pendant et dans les lieux d'activités.
  
- Dégage l'encadrement de toutes responsabilités des déplacements (hors activités) des jeunes en dehors des structures (PIJ d'Amélie les Bains, d'Arles sur Tech, de Prats de Mollo et de Saint Laurent de Cerdans) pendant les heures d'ouverture. En effet l'équipe d'animateurs du Service Jeunesse a pour mission d'encadrer les jeunes dans les locaux des différents Espaces Jeunes et pendant les activités. Cependant, les accueils sur les Espaces Jeunes se font en accès libre: il est donc nécessaire qu'un accord moral de confiance soit entretenu entre la famille, le jeune et l'encadrement des différentes structures concernant la fréquentation et la participation du jeune.
  
- Autorise les services de la CCHV à transmettre par courrier /SMS /Mail toutes informations du Service Jeunesse ou autres services de la CCHV.

**DROIT DE CAPTATION**

- J'autorise     Je n'autorise pas

La Communauté de Communes du Haut-Vallespir à représenter, reproduire, publier, diffuser et communiquer au public les images fixes et/ou animées , sur lesquelles figure l'enfant dont je suis le responsable légal, et/ou ses productions prises durant les activités pédagogiques et artistiques.

**AUTORISATION DES RESPONSABLES** *Cocher la case et renseigner si nécessaire*

	<b>Autorise</b>	<b>N'autorise pas</b>
• Consulter mon Quotient Familial (QF) pour ajuster la tarification applicables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'enfant pourra participer aux différentes activités et sorties organisées par la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'enfant pourra utiliser les moyens de transports prévus dans le cadre des activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Laisser l'enfant quitter seul la structure après le Périscolaire à .....h, après le Centre de Loisirs à .....h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Les parents déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur**

**Règlement(s) lu(s) et approuvé(s) le \_\_\_\_\_**

***Certifie l'exactitude des informations***

**Date et signature:**



## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:

### ALLERGIES

Alimentaires  Oui  Non Laquelle: .....

Médicamenteuses:  Oui  Non Laquelle: .....

Autres  Oui  Non Laquelle: .....

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé):  Oui  Non (Si déjà établi document à fournir)

### PATHOLOGIES (asthme, diabète, épilepsie)

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé):  Oui  Non (Si déjà établi document à fournir)

### 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 avec le nom de l'enfant, avec la notice et l'ordonnance).

Traitement régulier  Aucun  Pris au domicile  A prendre sur la structure

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

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

L'enfant s'auto médicamente  Prévoir PAI pour l'accompagner  PAI déjà établi (à fournir)

### APPAREILLAGE COMPENSATOIRE

Lunettes  Lentilles  Prothèses auditives  Prothèses dentaires

Appareil orthopédique  Fauteuil/Déambulateur  Autre (lequel) .....

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

### ACCUEIL D'ENFANT PORTEUR DE HANDICAP:

Scolarisation:  Ecole  Institut (I.N.E, I.E.S. ...)  A domicile

L'enfant bénéficie-t-il d'un projet personnel de scolarisation (P.P.S.) ?  Oui  Non

Dispositif:  Aucun  A.V.S.  U.L.I.S.  Autres

Type de suivi:  Aucun  D.P.M.I  C.A.M.S.P  Autres

L'enfant bénéficie-t-il de l'A.E.E.H (Allocation d'Education à l'Enfant Handicapé) ?  Oui  Non

**AUTRES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES:** Dans le cas où vous auriez des recommandations particulières au sujet du comportement de l'enfant (caractère, santé etc.) veuillez les indiquer ci-dessous:

### MEDECIN TRAITANT

Nom ..... Téléphone .....

Adresse .....

