



ALSH CELAVU-PRUNELLI

Dossier d'inscription 2024-2025

Chers Parents,

Nous nous retrouvons pour une nouvelle année ensemble, pleine d'activités, de découvertes et de loisirs. Je tenais à vous informer que je serai absente pour quelques mois. Pendant cette période, la nouvelle directrice de l'ALSH sera Élodie Muraccioli.

Vous pourrez la joindre aux mêmes coordonnées :

Téléphone : 06 40 81 71 22

Email : alsh.bocognano@celavu-prunelli.fr

Elle sera disponible de 8h30 à 17h00 pour répondre à toutes vos questions et pour s'assurer que cette année soit préparée au mieux pour vos enfants.

Afin de faciliter cette préparation, je vous demande de bien vouloir remplir la fiche de renseignements ci-joint.

Merci de votre collaboration et à très bientôt.

Cordialement,

MINICONI Marie-Hélène.

Les horaires d'activités : 9h - 16h30

Possibilité d'accueil pour les familles qui le souhaitent (**uniquement sur inscription**):

- Le matin de 7h30 à 9h
- L'après-midi de 16h30 à 17h30

Les mercredis, les enfants sont accueillis prioritairement à la journée. Sous réserve de capacité, ils pourront également être accueillis à la demi-journée (matin ou après-midi).

Lors des vacances scolaires l'accueil des enfants se fera uniquement à la journée.

Nous précisons que les repas (devront être fournis par le parent).

Important : La priorité est donnée aux enfants dont les parents résident sur le territoire communautaire, à savoir, sur les communes de : Bastelica, Bastelicaccia, Bocognano, Carbuccia, Eccica-Suarella, Ocana, Tavera, Tolla, Ucciani, Vero.

Dans la mesure où des places resteraient disponibles, elles seraient ouvertes aux enfants résidents sur des zones géographiques différentes

L'organisation et des modalités d'accueils sont énoncées plus en détail dans le Règlement de Fonctionnement et le Projet Pédagogique.

Afin de procéder à l'inscription de votre enfant au centre de loisir, vous devez remplir et nous retourner les documents listés dans le cadre ci-dessous.

Documents à remplir et à retourner :

- ✓ La fiche de renseignements (ci-joint)

Documents à fournir :

- ✓ Votre dernier avis d'imposition sur le revenu (pour justifier votre domiciliation sur notre intercommunalité).
- ✓ **Photocopie des vaccins à jour**
- ✓ Une attestation de Responsabilité Civile & Individuelle accident extra-scolaire
- ✓ Un justificatif de votre quotient familial récent CAF ou MSA (pour calculer votre tarif journalier).

A l'adresse suivantes :

- Adresse du bureau administratif : Espace de travail partagé, Bâtiment « U Palazzu », 20136 BOCOgnANO
- Adresse Mail : alsh.bocognano@celavu-prunelli.fr
- Numéro de téléphone : 06.40.81.71.22

Règlement Général sur la protection des données

La communauté de communes Celavu Prunelli traite les données recueillies dans ce formulaire dans le cadre de la bonne gestion des relations avec les usagers du pôle social et de l'ALSH.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous au règlement intérieur de l'ALSH qui est communiqué en annexe.

La présence d'un astérisque indique les données dont la fourniture est obligatoire.

Fiche de renseignement

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

ECOLE :CLASSE :

SEXE : Masculin Féminin

✓ Parent 1 ou représentant légal

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

✓ Parent 2 ou représentant légal

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

✓ Situation familiale

Vous êtes : Mariés Pacsé Union libre Divorcé

Séparés Célibataire Veuf(ve)

Si vous êtes séparés ou divorcé, qui a la garde de l'enfant ? (**Fournir jugement des modalités de garde ou une attestation sur l'honneur du mode de garde signé par les représentants légaux**)

Père Mère Alternée

AUTORISATION POUR VENIR RECUPERER L'ENFANT :

Je soussigné(e), _____.

_____.
Responsable légal de l'enfant _____.

autorise les personnes majeures (munies d'une pièce d'identité) nommées ci-dessous à venir chercher mon/ mes enfant(s) :

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	NUMEROS DE TELEPHONE

➤ **DROIT A L'IMAGE :**

L'enfant,

- Est autorisé à être photographié ou filmé par les animateurs dans le cadre des activités à des fins pédagogiques pour :
- Des reportages photos et/ou expositions
 - La création d'un site internet
 - Les publications de l'Accueil de Loisirs (presse, DVD...)
- N'est pas autorisé à être photographié ou filmé par l'équipe d'animation

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2024-2025

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

SEXE : Masculin Féminin

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

1. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids :Kg

Taille :cm

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical ?

- Oui
 Non

Si oui, en informer la direction, afin de mettre en place un protocole avec le médecin de l'ALSH.

Joindre une ordonnance récente (original) 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 ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

ALLERGIES :

	OUI	NON	Informations complémentaires
ASTHME			
ALIMENTAIRE			
MEDICAMENTEUSE			
AUTRES (Animaux,plantes,pollen...)			

..

Si votre enfant est allergique il sera nécessaire de fournir un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

LES DIFFICULTES DE SANTE :

L'enfant présente-t-il des difficultés de santé (maladie, hospitalisation, opération prévue ou autre), et / ou suit-il un accompagnement rééducatif (kinésithérapie, orthoptiste, psychomotricité ou autre...)

Précisez.....
.....

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (en l'absence des responsables légaux) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

☎ Domicile :

Portable :

Professionnel :

MEDECIN TRAITANT :

Nom :

Numéro de téléphone :

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant _____, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :