



## DOSSIER D'INSCRIPTION

[secretariat.inscription.jeunesse@ville-grasse.fr](mailto:secretariat.inscription.jeunesse@ville-grasse.fr)

PARENT QUI EFFECTUE L'INSCRIPTION : MERE  PERE  AUTRES   
AUTORITE PARENTALE : CONJOINTE  MERE UNIQUEMENT  PERE UNIQUEMENT  AUTRES   
GARDE ALTERNEE : OUI  NON   
☎ SMS ALERTE : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### PARENT 1

Autorité parentale : Oui  Non

Situation familiale : marié(e)  pacsé(e)  en couple  célibataire  divorcé(e)  séparé(e)  veuf (ve)

NOM ..... Prénom : .....

Date de naissance : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Lieu de naissance : ..... Dpt : /\_\_\_/

Adresse : .....

CP /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Commune .....

☎ Tél Fixe : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ ☎ Mobile : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Adresse mail : .....@.....

Profession : ..... Catégorie professionnelle : .....

Employeur : ..... ☎ professionnel : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

N° Allocataire : .....

### PARENT 2

Autorité parentale : Oui  Non

Situation familiale : marié(e)  pacsé(e)  en coupl  célibataire  divorcé(e)  séparé(e)  veuf (ve)

NOM ..... Prénom : .....

Date de naissance : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Lieu de naissance : ..... Dpt : /\_\_\_/

Adresse : .....

CP /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Commune .....

☎ Tél Fixe : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ ☎ Mobile : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Adresse mail : .....@.....

Profession : ..... Catégorie professionnelle : .....

Employeur : ..... ☎ professionnel : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

N° Allocataire : .....

**COMPOSITION DU FOYER A COMPLETER IMPERATIVEMENT EN CAS DE DIVORCE OU SEPARATION DES PARENTS**

Situation familiale du foyer où réside l'enfant : mariés  pacsés  en couple

**Conjoint du père ou de la mère**

Nom – Prénom .....

Nom – Prénom .....

En qualité de : Père  Mère

Famille d'accueil  Autre  .....

☎ Mobile / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

☎ Mobile / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Adresse : .....

Adresse : .....

CP ..... Commune .....

CP ..... Commune .....

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

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

Lieu de naissance ..... Dpt. ....

Lieu de naissance ..... Dpt. ....

Profession : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Employeur : .....

☎ Professionnel / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

☎ Professionnel / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**GARDE ALTERNEE :** OUI  NON

**MODE DE PAIEMENT**

Paiement en ligne via le portail famille OUI  NON

(Si non, vous recevrez la facture par courrier).

Autorisez-vous une autre personne à payer les factures OUI  NON

Si oui, nom de la personne : .....

☎ Mail pour recevoir les factures via le portail famille :

.....@.....

**IMPORTANT :** Pour les parents divorcés ou séparés fournir le numéro allocataire et l'avis d'imposition du parent qui effectue l'inscription et qui paye la facture.

**UNIQUEMENT LES ENFANTS INSCRITS AUX ACTIVITES :**

**Enfant 1**

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... lieu.....

Téléphone de l'enfant .....

Adresse mail de l'enfant .....

Votre enfant est-il porteur de handicap ?, si oui lequel.....

Percevez-vous une allocation de l'enfant Handicapé (AEEH) ?.....

**Enfant 2**

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... lieu.....

Téléphone de l'enfant .....

Adresse mail de l'enfant .....

Votre enfant est-il porteur de handicap ?, si oui lequel.....

Percevez-vous une allocation de l'enfant Handicapé (AEEH) ?.....

**Enfant 3**

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... lieu.....

Téléphone de l'enfant .....

Adresse mail de l'enfant .....

Votre enfant est-il porteur de handicap ?, si oui lequel .....

Percevez-vous une allocation de l'enfant Handicapé (AEEH) ?.....

Date de naissance : ..... lieu.....

Téléphone de l'enfant .....

Adresse mail de l'enfant .....

**PIECES A FOURNIR** Dossier complété et signé

- Une photo de l'enfant
- Carnet de santé ou photocopie des vaccins
- Numéro allocataire (C.A.F)
- Photocopie du dernier avis d'imposition
- Photocopie de l'assurance scolaire 2018/2019 (possibilité de la fournir ultérieurement)
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Certificat médical : "apte à la vie en collectivité et à la pratique de tous les sports"**
- Attestation de natation (si l'enfant l'a déjà passée)

**En cas de divorce ou de séparation :**

- Jugement précisant l'autorité parentale et le mode de garde alternée
- ou attestation sur l'honneur concernant l'autorité parentale et le mode de garde de l'enfant établie et signée par les 2 parents

**Pour les personnes divorcées ou séparées fournir le numéro allocataire et l'avis d'imposition du parent qui effectue l'inscription et qui paye la facture.**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE AUTOMATIQUEMENT**

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (HORMIS LES PARENTS)**

Nom – Prénom	tél. fixe	Tél. portable	Lien de parenté


**DROITS ET AUTORISATIONS**

**« sortie »**

- J'autorise** mon enfant.....à quitter par ses propres moyens le groupe et ceci dès la fin de l'activité ou du séjour. Je décline donc toute responsabilité au directeur.
- Je n'autorise pas** mon enfant .....à quitter le groupe à la fin de l'activité ou du séjour. Je viendrai donc le récupérer au point de rendez-vous.

**« droit au maquillage »**

- J'autorise** les animateurs à maquiller mon enfant lors d'activités d'expression
- Je n'autorise pas** les animateurs à maquiller mon enfant lors d'activités d'expression

Je soussigné, .....responsable de l'enfant.....

- **Certifie** l'exactitude des renseignements portés sur ce document,
- **M'engage** à communiquer tout changement relatif à ces renseignements,
- **Atteste** avoir pris connaissance et signé le règlement intérieur
- **Avoir** renseigné la fiche sanitaire jointe en annexe
- **Autorise** les responsables à prendre les dispositions nécessaires en cas d'intervention médicale d'urgence (hospitalisation).

Grasse, le .....

Signature parent 1

Signature parent 2

**Autorisation de publication de l'image de mon enfant**

Je soussigné (e) .....  
agissant en tant que représentant légal de mon enfant .....

Autorise

N'autorise pas

La prise de photographies et/ou de vidéos (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le représentant dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs et leur publication le représentant sur tout support de communication et d'information relatif à ces activités et notamment la presse écrite et le site internet,

L'utilisation se fera sur tout support nécessaire à la présentation indiquée (papier, support analogique, support numérique ou projection sur un écran).

Les photographies et/ou vidéos ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques et/ou de vidéos qui vous concernent est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie et/ou de vidéo si vous le jugez utile.

Grasse, le .....

Signature du parent 1  
(Précédé de la mention  
« vu pour acceptation »)

Signature du parent 2  
(Précédé de la mention  
« vu pour acceptation »)



Service Jeunesse



En partenariat avec  
La Caisse d'Allocations Familiales  
dans le cadre du Contrat Enfance Jeunesse

## REGLEMENT INTERIEUR

### LES INSCRIPTIONS :

Les accueils de loisirs et séjours sont réservés :

- en priorité, aux jeunes dont les parents résident sur Grasse.
- en second, aux jeunes dont les parents travaillent sur Grasse, au tarif maximum.

- en troisième, aux jeunes dont les parents ne résident ni ne travaillent sur Grasse, au tarif maximum.

Toute inscription ne sera prise en compte de manière définitive que si le dossier est **complet, signé et réglé (un acompte de 50 % au minimum sera demandé)**.

En cas de dossier **non réglé** 8 jours ouvrables avant le début du séjour ou de l'activité, le Service Jeunesse se réserve le droit d'annuler l'inscription **sans remboursement** de l'acompte.

Tout changement de situation doit être signalé au Service Jeunesse :

- Changement d'adresse.
- changement de n° de téléphone fixe ou portable.

Dans le cas où votre enfant n'a pas l'autorisation de quitter seul son activité, les personnes, autres que les responsables légaux, venant le chercher devront être munis d'une autorisation écrite.

En cas de perte ou de vol, le Service Jeunesse n'est pas responsable des effets et biens personnels.

### **LES REGLEMENTS :**

Le montant payé par les familles est un tarif individuel calculé à partir d'un taux d'effort sur le quotient familial :

- 0,9 % pour les accueils de loisirs, avec un minimum de 2,68 € et un maximum de 18 € par jour. (hors commune : 28 € par jour)
- 2,7 % pour les séjours avec un minimum de 9.90 € et un maximum de 50 € par jour. (hors commune : 60 € par jour)

*Les parents qui dépendent de la Caisse d'Allocations Familiales autorisent le Service Jeunesse à vérifier le montant de leur quotient sur CAFPRO.*

*Les parents qui ne désirent pas communiquer leurs revenus seront facturés au tarif maximum*

### **Le paiement se fera de la manière suivante :**

- 50 % à l'inscription.
- le solde 8 jours ouvrables avant le début de l'activité.

### **Il sera retenu, en cas de désistement :**

- 1 mois à l'avance, 50 % de la somme due.
- 8 jours avant, la totalité du séjour sauf sur présentation d'un certificat médical.

### **LES REMBOURSEMENTS :**

**Tout remboursement d'activités sera effectué par la Trésorerie Principale.**

Le remboursement d'un séjour ou d'une activité ne se fera que sur présentation d'un certificat médical, d'une perte d'emploi, d'un grave problème familial (ex : décès dans la famille).

En cas de maladie ou d'accident d'un jeune pendant le séjour, le remboursement des jours d'absences se fera automatiquement.

Conformément à la loi, la consommation d'alcool, de tabac et autres produits illicites est **strictement interdite** et entraînera l'exclusion du jeune **sans remboursement**.

Le comportement, physique ou verbal, de tout jeune mettant en danger le groupe ou lui-même entraînera son exclusion **sans remboursement**.

✂-----  
Je soussigné (e), ..... responsable du jeune .....  
atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.  
Grasse, le .....

Signature : (faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »)

Parent 1

parent 2





<h2>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	1 - ENFANT
	NOM: _____
	PRÉNOM: _____
	DATE DE NAISSANCE: _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	

**Allergies:** **ASTHME** oui  non  **ALIMENTAIRES** oui  non  **MÉDICAMENTEUSES** oui  non   
**AUTRES** \_\_\_\_\_

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

---



---

**Indiquez ci-après:**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

---

**Recommandations utiles des parents:**

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

---

---

---

---

**Observations diverses:**

---

---

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

Date:

Signature: