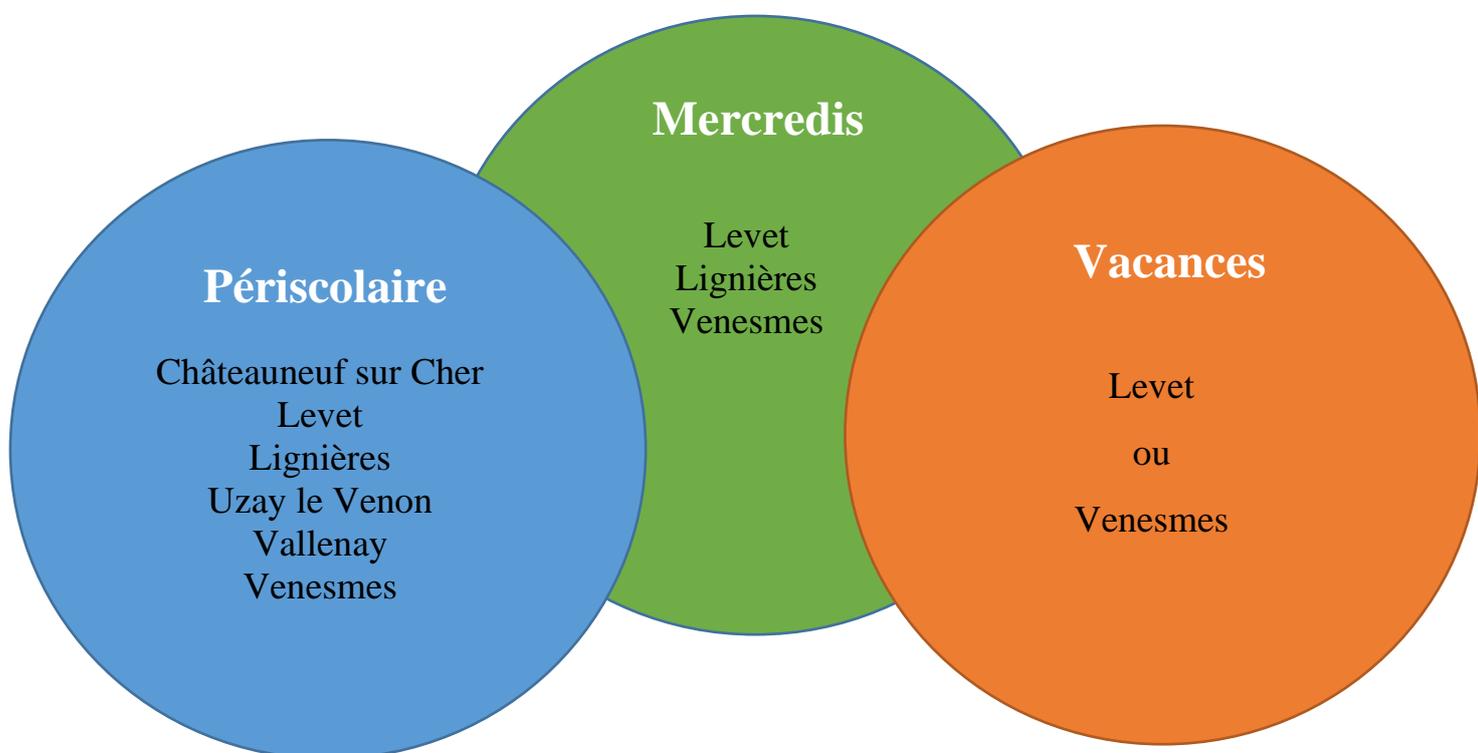


# DOSSIER INSCRIPTION

## 2022- 2023



Communauté de Communes Arnon Boischaut Cher  
Service enfance-jeunesse  
2 Rue Brune- 18 190 CHÂTEAUNEUF/CHER  
[abc.enfance.jeunesse@orange.fr](mailto:abc.enfance.jeunesse@orange.fr)  
02 48 60 42 38  
[www.comcomabc.fr](http://www.comcomabc.fr)



# Conditions d'inscriptions

- Enfant propre et scolarisé
- Vaccinations obligatoires à jour (sauf contre-indication médicale)

Madame, Monsieur,

Vous venez de retirer un dossier d'inscription pour **les accueils proposés par la Communauté de Communes Arnon Boischaut Cher.**

Vous trouverez à l'intérieur de ce document tous les renseignements pouvant vous être utiles.

Ce dossier d'inscription est à compléter avec le plus grand soin :

- A la Communauté de Communes Arnon Boischaut Cher - Service Enfance Jeunesse – 2 Rue Brune – 18190 Châteauneuf Sur Cher
- Par courriel : [abc.enfance.jeunesse@orange.fr](mailto:abc.enfance.jeunesse@orange.fr)

**Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte et retardera d'autant l'inscription de l'enfant.**

**Attention :** L'inscription n'est pas automatique en raison du nombre de places limitées.

Dès prise en charge et vérification des pièces constitutives, le dossier sera enregistré et un courriel de confirmation sera envoyé au responsable désigné.

Pour que le dossier soit complet, vous devez obligatoirement retourner :

- Pages 3-4-5-6 complétées, dates et signées
- Photocopie des vaccinations de l'enfant
- Attestation d'assurance extrascolaire 2022-2023 ou responsabilité civile
- Justificatif CAF (Fond d'aides aux temps libres) ou justificatif MSA mentionnant le quotient familial
- Copie Pièce d'identité (recto verso)

Si l'enfant est concerné pour les situations suivantes, joindre :

- Jugement garde d'enfant
- Projet d'Accueil Individualisé

# Fiche de renseignements 2022-2023

Cochez la/les case(s) correspondante(s)

Périscolaire

- Châteauneuf/Cher
- Levet
- Lignières

- Uzay Le Venon
- Vallenay
- Venesmes

Mercredis

- Levet
- Lignières
- Venesmes

Vacances scolaires

## L'ENFANT

Nom: .....

Prénom : .....

Sexe :  M  F

Date de naissance : .....

Adresse du domicile (si différente du 1<sup>er</sup> responsable légal) : .....

### 1<sup>er</sup> RESPONSABLE LEGAL :

Père  Mère  Tuteur

Nom: .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Portable : .....

Fixe : .....

Courriel : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Adresse : .....

Tel : .....

**Adresse de facturation**

### 2<sup>ème</sup> RESPONSABLE LEGAL :

Père  Mère  Tuteur

Nom: .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Portable : .....

Fixe : .....

Courriel : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Adresse : .....

Tel : .....

### SITUATION FAMILIALE :

Célibataire  Concubin / Union libre  Marié/Pacsé  Séparé/Divorcé

### FACTURATION (en cas de garde alternée)

A préciser .....

### QUOTIENT FAMILIAL

*En l'absence de justificatif CAF « fond d'aide aux temps libres » ou MSA, le tarif le plus élevé sera appliqué.*

N° allocataire de la Caisses'allocations familiales (CAF) : .....

ou

N° allocataire de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) : .....

## **CONTACTS :**

Remettre le nom des responsables précités si concernés.

| Nom Prénom | Téléphone | Lien avec l'enfant | Appel en cas d'urgence * | Autorisé à récupérer l'enfant * |
|------------|-----------|--------------------|--------------------------|---------------------------------|
|            |           |                    |                          |                                 |
|            |           |                    |                          |                                 |
|            |           |                    |                          |                                 |
|            |           |                    |                          |                                 |
|            |           |                    |                          |                                 |
|            |           |                    |                          |                                 |

\* Cocher les cases correspondantes

## **ASSURANCE :**

ORGANISME D'ASSURANCE dont dépend le responsable de l'enfant : .....

Numéro de contrat : .....

## **AUTORISATION DU OU DES RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) :**

Je soussigné(e), Père, Mère, Tuteur (*raier les mentions inutiles*) : .....

Responsable de l'enfant désigné sur cette fiche,

- l'autorise à participer à toutes les activités proposées à l'exception de celle(s) contre-indiquée(s) par un certificat médical (**à fournir lors de l'inscription**)
- l'autorise à prendre un transport (minibus, compagnie de transport) pour se rendre aux activités extérieures (*les informations seront communiquées en amont*)
- l'autorise à quitter seul l'accueil (**autorisation parentale écrite à joindre avec les horaires de départ**)
- autorise l'équipe de direction à prendre toutes les mesures nécessaires dans le cas où l'enfant aurait besoin de soins urgents,
- Pour la prise de photos, autorise la publication :
  - pour la presse (journaux)
  - pour le site internet et les réseaux sociaux de la CDC ABC
  - pour l'utilisation sur document interne
- autorise la CDC ABC à consulter mon quotient familial sur la base de données de la Caf.
- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site internet : <https://www.comcomabc.fr/accueil/enfance-jeunesse/>

A ....., le .....

Signatures du ou des Responsable(s) légal(aux)

Précédé de la mention « Lu et approuvé »

# Fiche Sanitaire de Liaison 2022-2023

Document issu de l'original CERFA-N° 10008\*02

**A remplir obligatoirement et à retourner avec le dossier d'inscription**

## ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  M  F

## VACCINATIONS (joindre les photocopies du carnet de vaccination)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Ou DT polio          |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| Ou Tétracoq          |     |     |                            |                            |       |
| BCG                  |     |     |                            |                            |       |

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat de non contre-indication.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil ?  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.**

**ALLERGIES :** ASTHME  oui  non MEDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES ..... PRÉCISER .....  
ALIMENTAIRES  oui  non PRÉCISER .....

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours :  oui  non  
(si oui, joindre obligatoirement le protocole et toutes informations utiles)

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

## **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

## **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il :

- DES LENTILLES :  oui  non
- DES LUNETTES :  oui  non
- DES PROTHESES AUDITIVES :  oui  non
- DES PROTHESES OU APPAREIL DENTAIRE :  oui  non

AUTRES RECOMMANDATIONS A PRÉCISER

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

## **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tel fixe domicile : ..... Professionnel : .....

Portable : .....

Nom et tel du médecin traitant : .....

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

A ....., le .....

Signature

## Comment inscrire mon enfant ?

- Pour une première inscription aux activités périscolaire et extrascolaire, le dossier complet doit être retourné.
- Pour les enfants qui ont déjà fréquentés la structure en 2021-2022, il est nécessaire de réactualiser l'ensemble des informations sur l'espace citoyen :

<https://portail.berger-levrault.fr/ComComArnonBoischautCher/accueil>

## Les délais de réservation :

### ▪ Pour le Périscolaire :

Pas de délai spécifique

### ▪ Pour les Mercredis :

Réservation au plus tard le dimanche précédent.

### ▪ Pour les Vacances :

- ✓ **Vacances de Toussaint 2022 (du lundi 24 octobre au vendredi 4 novembre)**

Période d'inscriptions : du lundi 19 septembre au vendredi 7 octobre 2022

- ✓ **Vacances de Noël 2022 (du lundi 19 au vendredi 23 décembre)**

Période d'inscriptions : du lundi 21 novembre au vendredi 9 décembre 2022

- ✓ **Vacances d'Hiver 2023 (du lundi 13 au vendredi 24 février)**

Période d'inscriptions : du lundi 9 au mercredi 27 janvier 2023

- ✓ **Vacances de Printemps 2023 (du lundi 17 au vendredi 28 avril)**

Période d'inscriptions : du lundi 13 au vendredi 31 mars 2022

**Les réservations sont à effectuées obligatoirement sur votre espace citoyen, en respectant les périodes mentionnées ci-dessus.**