



# DOSSIER UNIQUE ALAE STE FOY ALSH LHERM 2019-2020

## Obligatoire pour tout enfant scolarisé

Le dossier est à compléter ou à corriger en rouge  
et doit être retourné à l'ALAE ou auprès de l'enseignant avant le 26/06/2019

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Autorisation de rentrer seul : .....

www.mjclherm.fr

Niveau scolaire en 2019-2020: Ecole : Sainte Foy Autre :

Maternelle : Petite section - Moyenne section - Grande section

(entourez la bonne réponse)

Élémentaire : CP - CE1 - CE2 - CM1 - CM2

Sexe : ..... Date de naissance : .....

Droit à l'image et au son : ..... Autorisation de transport en véhicule: .....

Médecin traitant : .....

Autorisation d'intervention médicale : ..... Lieu d'hospitalisation : .....

Type de repas : ..... (type de repas possible : normal, sans porc ou sans viande (=autre) )

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui Non (entourez la bonne réponse)

**Pour toute allergie, intolérance ou régime alimentaire, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) doit être réalisé.**  
**Si tel est le cas merci de nous en fournir une copie.**

Personnes à prévenir en cas d'accident autres que les parents (NOM, lien de parenté et Tél)	Personnes habilitées à récupérer l'enfant autres que les parents (NOM, lien de parenté et Tél)
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Si une autre personne non citée ci-dessus vient chercher votre enfant, elle devra être munie d'une autorisation écrite de votre part. Une pièce d'identité pourra lui être demandée.

N° allocataire CAF : ..... Nom de l'allocataire : .....

Quotient CAF ou MSA : (noter et fournir l'attestation du quotient de janvier 2019)

Votre enfant est il bénéficiaire de l'AEEH ? oui  non

Les familles ne fournissant aucune attestation (CAF ou MSA) à l'inscription seront facturées au tarif maximum.

Attention si elle est fournie en cours d'année, il n'y aura pas de rétroactivité.

Pour les parents divorcés, fournir la photocopie du jugement de divorce ou le protocole d'accord. Sans l'un de ces documents, l'enfant pourra être remis aux deux parents.

RESPONSABLE 1 :  Père  Mère  Autre : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Email : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

RESPONSABLE 2 :  Père  Mère  Autre : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Email : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

Date : ...../...../.....

Signature :

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : ..... Classe : \_\_\_\_\_

## Partie 1° et 2° à remplir pour les enfants fréquentant l'ALAE et la pause méridienne de Sainte Foy de Peyrolières.

### 1° ALAE (Accueil de Loisirs Associé aux Écoles)

L'accueil est facturé en fonction de la présence de votre enfant .

Vous devez toutefois nous préciser quel(s) jour(s) il fréquentera **régulièrement** l'ALAE pour que nous puissions le prendre en charge. **Toutes absences, inscriptions occasionnelles ou modifications le soir devront être modifiées** sur le portail famille de la MJC (<https://lherm.portail-defi.net>) au plus tard 6 jours ouvrés pleins avant la date prévue. En cas de changement de dernière minute exceptionnel, voir les modalités sur le guide pratique.

#### MATIN

Tous les lundis  Tous les mardis  Tous les mercredis  Tous les jeudis  Tous les vendredis

#### SOIR

Tous les lundis  Tous les mardis  Tous les jeudis  Tous les vendredis

**Pour tout retard exceptionnel de votre part le soir, autorisez-vous l'équipe de l'ALAE à prendre en charge votre enfant s'il est reperé seul dans l'enceinte de l'école ?**

OUI  NON

Sans réponse de votre part nous ne prendrons pas en charge votre enfant.

### 2° Pause méridienne

Les temps de pause méridienne seront facturés en fonction des inscriptions à la restauration scolaire effectuées auprès de la mairie. Les absences justifiées par un certificat médical ne seront pas facturées.

Merci de préciser ci-dessous les jours où votre enfant fréquentera régulièrement ce temps afin que nous puissions nous organiser.

**Toute l'année scolaire ou à partir de : (date)**

Tous les lundis  Tous les mardis  Tous les jeudis  Tous les vendredis

Toute modification doit impérativement être faite au plus tard 4 jours ouvrés avant la date prévue, et en deux temps

1 : sur le portail famille de la mairie pour le repas.

2 : sur le portail famille de la MJC pour la pause méridienne.

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant  
.....

\* Atteste sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale ;

\* Certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs en vigueur de l'ALAE, l'ALSH et la restauration scolaire. Ils sont affichés à l'école, disponibles aux secrétariats et sur les sites internet de la Mairie et de la MJC de Lherm ;

\* Autorise le responsable des accueils de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...)

\* Autorise mon enfant à participer aux activités proposées par l'équipe d'animation ;

\* Certifie sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Fait à Lherm, le : ...../...../.....

Signature :



**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...  
PRECISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....  
ADRESSE PENDANT LE SEJOUR : .....  
.....  
.....  
TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

Je soussigné, ..... 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.

Date : ..... Signature

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

MJC LHERM HORIZON CULTUREL  
2 AVENUE DE GASCOGNE  
31600 LHERM

Tél. : 05.61.56.02.32 Fax : 05.61.56.07.80 Email : [accueilmjclherm@orange.fr](mailto:accueilmjclherm@orange.fr)

**OBSERVATIONS**

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