Syndicat Intercommunal pour le Développement Social des
CAntons de Villeneuve les Avignon et de Roquemaure

Dossier de pré-inscription

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS INSTRUIT

RESPONSABLES DE(S) ENFANT(S) :

❑ **Père** ❑ **Mère** ❑ **Tuteur** / ❑ **Monsieur** ❑ **Madame** ❑ **Mademoiselle**

Nom : _____ Prénom : _____

Né (e) le : |__|__|__|__|__|__|__|__| à : _____

❑ Marié ❑ Divorcé ❑ Séparé ❑ Veuf ❑ Concubin ❑ Célibataire ❑ Pacsé

Adresse exacte : N°_____ Rue : _____

Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville : _____

☎ Dom. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ☎ Port|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse électronique : _____

Profession : _____

Nom de l'employeur : _____

☎ Professionnel |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N° Sécurité Sociale |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|

N° Allocataire C.A.F / MSA _____ Département : _____

Couverture Maladie Universelle : ❑ Oui (fournir attestation) ❑ Non

Nom, adresse mutuelle compl. : _____

❑ **Père** ❑ **Mère** ❑ **Tuteur** / ❑ **Monsieur** ❑ **Madame** ❑ **Mademoiselle**

Nom : _____ Prénom : _____

Né (e) le : |__|__|__|__|__|__|__|__| à : _____

❑ Marié ❑ Divorcé ❑ Séparé ❑ Veuf ❑ Concubin ❑ Célibataire ❑ Pacsé

☎ Dom. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ☎ Port|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse exacte : N°_____ Rue : _____

Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville : _____

Adresse électronique : _____

Profession : _____

Nom de l'employeur : _____

☎ Professionnel |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N° Sécurité Sociale |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET HABILITEES A RECUPERER LE(S) ENFANT(S) :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

FICHE PREMIER ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : ❑ Garçon ❑ Fille

Né(e) le |__|__| |__|__| |__|__|__|__| A : _____ Départ : _____

Assurance scolaire ou R.C du chef de famille. N° de contrat _____

Nom et adresse : _____

Allergie alimentaire médicalement constatée : ❑ Oui ❑ Non

Régime alimentaire médicalement constaté : ❑ Oui ❑ Non

Régime alimentaire particulier : ❑ Oui ..... *(Sans gluten, sans viande …)* ❑ Non

Acceptez-vous que votre enfant :

- soit photographié ou filmé : ❑ Oui ❑ Non
- rentre seul à la descente du bus : ❑ Oui ❑ Non
- rentre seul à la fin de l'ALSH : ❑ Oui ❑ Non

FICHE DEUXIEME ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : ❑ Garçon ❑ Fille

Né(e) le |__|__| |__|__| |__|__|__|__| A : _____ Départ : _____

Assurance scolaire ou R.C du chef de famille. N° de contrat _____

Nom et adresse : _____

Allergie alimentaire médicalement constatée : ❑ Oui ❑ Non

Régime alimentaire médicalement constaté : ❑ Oui ❑ Non

Régime alimentaire particulier : ❑ Oui ..... *(Sans gluten, sans viande …)* ❑ Non

Acceptez-vous que votre enfant :

- soit photographié ou filmé : ❑ Oui ❑ Non
- rentre seul à la descente du bus : ❑ Oui ❑ Non
- rentre seul à la fin de l'ALSH : ❑ Oui ❑ Non

FICHE TROISIEME ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : ❑ Garçon ❑ Fille

Né(e) le |__|__| |__|__| |__|__|__|__| A : _____ Départ : _____

Assurance scolaire ou R.C du chef de famille. N° de contrat _____

Nom et adresse : _____

Allergie alimentaire médicalement constatée : ❑ Oui ❑ Non

Régime alimentaire médicalement constaté : ❑ Oui ❑ Non

Régime alimentaire particulier : ❑ Oui ..... *(Sans gluten, sans viande …)* ❑ Non

Acceptez-vous que votre enfant :

- soit photographié ou filmé : ❑ Oui ❑ Non
- rentre seul à la descente du bus : ❑ Oui ❑ Non
- rentre seul à la fin de l'ALSH : ❑ Oui ❑ Non

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

(PHOTOCOPIE DES DOCUMENTS OBLIGATOIRES.)

- ❑ Photocopie des cartes d'identité recto verso des responsables légaux
- ❑ Un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois (facture eau, EDF, quittance de loyer)
- ❑ L'avis d'imposition N-1 sur les revenus N-2 du foyer (toutes les pages)
- ❑ Numéro allocataire CAF
- ❑ Notification de l'aide au temps libre (Bon CAF) si vous en êtes bénéficiaires
- ❑ La fiche sanitaire complétée recto-verso avec les vaccins (une par enfant)
- ❑ Attestation d'assurance scolaire
- ❑ Justificatif de la garde des enfants en cas de jugement

Si votre enfant à + de 11 ans, complétez et signez :

- ❑ Le règlement de fonctionnement du Réso'Ados

CERTIFICAT SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____

Certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur ce document.

Fait à _____ le _____

Signature du responsable :

Les communes de Les Angles, Pujaut, Sauveterre, Saze, Rochefort du Gard et Villeneuve les Avignon, regroupées au sein du Syndicat Intercommunal pour le Développement Social des Cantons de Villeneuve les Avignon et de Roquemaure (SIDSCAVAR), proposent aux enfants âgés de 3 à 17 ans, un dispositif d'accueil éducatif durant les temps de loisirs.

Une offre de loisirs en direction des enfants et adolescents du territoire est proposée tout au long de l'année *(voir programme téléchargeable sur le site internet : www.sidscavar.com)*

❖ **Accueil de Loisirs Sans Hébergement Maternel (enfants de 3 à 5 ans)**

ALSH	Implantation
Les Cigales	Rochefort du Gard
Périscolaire	Pujaut
Périscolaire	Rochefort du Gard
Périscolaire	Sauveterre
Périscolaire	Saze

❖ **Accueil de Loisirs Sans Hébergement Primaire (enfants de 6 à 10 ans)**

ALSH	Implantation
Les Cigales	Rochefort du Gard
Périscolaire	Pujaut
Périscolaire	Rochefort du Gard
Périscolaire	Sauveterre
Périscolaire	Saze

❖ **Réso'Ados (jeunes de 11 à 17 ans)**

ALSH	Implantation
Les Cigales	Rochefort du Gard

❖ **Séjours avec hébergement durant l'été (enfants de 6 à 17 ans)**

Dossier à retourner au Service Enfance Jeunesse :

Espace intercommunal « Les Cigales » :
3201 Route d'Avignon - 30650 Rochefort du Gard - ☏ 04.90.26.69.30
Bureaux ouverts du Lundi au Vendredi de 8h30 à 17h30

www.sidscavar.com

Cadre réservé à l'administration	**Date de Saisie :** |__|__| |__|__| |__|__|
N° Famille : |__|__|__|__|__|__|	**Visa de Saisie :** |__|__|__|__|__|__|