



## 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 en interne (dans le cadre de ses activités) :  Oui  Non
- soit photographié ou filmé en externe (réseaux sociaux, presse ...) :  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 en interne (dans le cadre de ses activités) :  Oui  Non
- soit photographié ou filmé en externe (réseaux sociaux, presse ...) :  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 en interne (dans le cadre de ses activités) :  Oui  Non
- soit photographié ou filmé en externe (réseaux sociaux, presse ...) :  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](http://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](http://www.sidscavar.com)

<b>Cadre réservé à l'administration</b>	<b>Date de Saisie :</b>  _ _   _ _   _ _
<b>N° Famille :</b>  _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Visa de Saisie :</b>  _ _ _ _ _ _ _ _