



# DOSSIER D'INSCRIPTION 2026-2027

**Enfant/Jeune :**  Foyer  Domicile familial  Famille d'accueil

NOM:  PRENOM:

Date de naissance:  /  /  Sexe: F  M

Adresse:

CP:  Ville:

**Etablissement fréquenté:**

Référent établissement:  Tel du référent:

**Personne en charge du suivi des activités:**  Mère  Père Autre

NOM:  PRENOM:

Adresse:

CP:  Ville:

@ :  @  Tel:

**Adresse de facturation:** Précisez si vous êtes  Mère  Père Autre

NOM:  PRENOM:

Adresse:

CP:  Ville:

@ :  @  Tel:

**Secteur Enfance Jeunesse (SEJ)**

- Accueil de loisirs (3-12 ans)
- Loisirs jeunes (13-20 ans)

Nom du signataire:

Qualité du signataire:  Père  Mère  Autre Représentant légal

**Date:**

**Signature:\***

**\*En signant j'accepte le règlement intérieur du "SEJ"**

ACTIVITÉS

 J'aime !	
 A éviter :	

**OBJECTIFS/ATTENTES :**

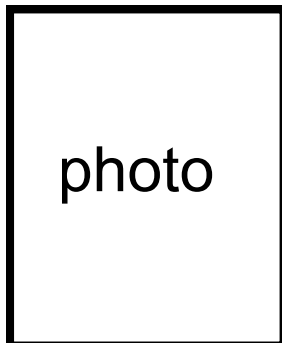
- 
- 
- 
- 
- 
- 

**NOM :**

**Prénom :**

**âge :**

**groupe :**





**Régime alimentaire :**


**PAI amimentaire :**  oui  non


**Aménagements:**

COMMUNICATION

Mode de communication	Verbal	Non-Verbal	Signes	Picto	Tablette de communication
 Niveau de compréhension sait lire sait écrire	remarques				
	consignes				
 Relation avec ses pairs					
Relation à l'adulte					

COMPORTEMENT

 Ce qui peut déclencher une crise ? Signes annonciateurs	
 Stratégies Outils détournements	
Ce qui apaise l'enfant : (objet réconfort)	
Mise en danger ? grimpe, fuge, errance	
Angoisses	

Spécificité		
 Traitement		<b>PAI santé:</b> Nature : Protocole:
Allergies		
Appareillage (lunettes, fauteuil, appareil auditif...)		Vigilance:

## Personnes à contacter en cas d'urgence

NOM:

Tel:

Mère  Père Autre (préciser)

NOM:

Tel:

Mère  Père Autre (préciser)






Les animateurs n'administrent aucun traitement médical, hors protocoles écrits.

## Médecin traitant

NOM:

Prénom:

Tel:

	Seul	aide	Commentaires
 Habillage			
Gestion des affaires			
 toilettes			Changes: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Repas, autonomie ?  Régime alimentaire			
sieste Fatigabilité			
Motricité fine (dessiner, tenir ses couverts...)			
Motricité corporelle (marcher, sauter, monter les escaliers)			

# AUTORISATIONS

## Moins de 18 ans

### Personnes autorisées à chercher l'enfant ou le jeune

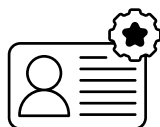
<input type="checkbox"/>	Mère	NOM: <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	Tel: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Père	NOM: <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	Tel: <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	Tel: <input type="text"/>



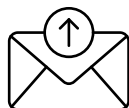
Si exceptionnellement une autre personne doit se présenter, envoyer au préalable un mail. une pièce d'identité sera demandée.

- En cas d'urgence médicale, j'autorise l'équipe encadrante d'Esca'l à contacter les services de secours, le médecin et à transmettre les informations nécessaires à la prise en charge de l'utilisateur
- J'accepte l'utilisation de CDAP (permet un accès à la consultation des dossiers allocataires) par Esca'l et m'engage à informer les services CAF de tous mes changements de Situation.
- Pour le "Loisirs Jeunes" uniquement j'autorise mon enfant à partir seul après les activités
- J'autorise le service d'Esca'l à transporter mon enfant dans le cadre des activités organisées par l'Accueil de Loisirs et/ou Loisirs Jeunes

## INFORMATIONS PRATIQUES FACTURATION



- A la réception du dossier l'adhésion annuelle est facturée.
- **Le montant est de 25 €**



- L'envoi des documents (factures, plaquettes etc...) se fait par mail.

## JE FOURNIS LES DOCUMENTS SUIVANTS

### Pièces pour tous

- Attestation d'assurance de responsabilité civile couvrant la période d'inscription..... Tous les ans
- Photo d'identité à coller sur la deuxième page du dossier..... Tous les ans
- L'autorisation de droit à l'image jointe au dossier..... Tous les ans
- Photocopie des vaccinations ou certificat médical de contre-indication à la vaccination Tous les ans
- Iban (uniquement utilisé pour d'éventuels remboursements- pas de prélèvement)..... Facultatif

### Pièces supplémentaires à fournir si concerné

- Notification CAF ou MSA avec quotient et numéro allocataire (moins de 3 mois)..... Tous les ans
  - Copie du document MDA de l'Allocation Enfant Handicapé (AEEH jusqu'à 20 ans).....
  - Carte d'invalidité recto verso.....
  - Protocole médical, PAI, Ordonnance ..... Tous les ans
- } pour la durée de validité

### Protection des données personnelles:



Les informations recueillies dans ce dossier sont nécessaires à l'organisation et à la sécurité des activités et séjours. Elles sont destinées uniquement aux professionnels encadrants et conservées selon la réglementation en vigueur