

AUTORISATIONS

Autorisations de sorties

Les personnes autorisées à venir chercher mon enfant à l’ALSH Briance Combade :

Nom - Prénom	Lien de parenté	

- Les enfants sont confiés aux parents ou aux personnes autorisées. Toute autre personne devra être munie d'une autorisation écrite d'un parent et présenter une pièce d'identité.
- Dans le cas de parents divorcés et si la garde est donnée exclusivement à un des deux parents, l'autre parent est-il autorisé à venir récupérer l'enfant à l'ALSH ?

☐ oui☐ non

Droit à l'image

☒ J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐

L'organisateur à utiliser et à diffuser les photos et vidéos réalisées lors des activités à l'occasion d'articles de presse, de rapports d'activités, d'expositions ou sur le site internet de l'ALSH.

Autres autorisations

☒ J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐

Mon enfant à rentrer seul à son domicile à l'issue de la journée d'ALSH.

☒ J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐

Mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties organisées par l'ALSH.

☒ J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐

La Communauté de Communes Briance Combade, organisateur de l'ALSH Briance Combade à Châteauneuf la Forêt, à recueillir des informations concernant mon droit au passeport jeunes 2025 auprès de la Caf de la Haute-Vienne afin de vérifier mon éligibilité et de simplifier mes démarches.

RECAPITULATIF DES PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

- Ce dossier dûment complété et signé
- Un justificatif du régime d'appartenance (CAF, MSA) indiquant votre quotient familial
- Une photocopie du passeport jeunes CAF 2025

ATTENTION ! SI CE DOSSIER NOUS PARVIENT INCOMPLET, LE TARIF MAXIMUM (tarif 5) SERA APPLIQUÉ AUTOMATIQUEMENT

A, le.....

Signature des parents (précédé de la mention « lu et approuvé »)



DOSSIER D'INSCRIPTION
ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT BRIANCE COMBADE
ANNEE 2026

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

Père :

Nom : Prénom :
☒ domicile : ☒ portable :
☒ travail : Profession :
Adresse si différente de l'enfant :

Mère :

Nom : Prénom :
☒ domicile : ☒ portable :
☒ travail : Profession :
Adresse si différente de l'enfant :

Adresse Mail de la famille (pour recevoir les nouveautés du service jeunesse, des documents relatifs aux inscriptions etc...) :

Renseignements :

Numéro d'allocataire CAF :
Numéro d'allocataire MSA :
Numéro de sécurité sociale :
A quel régime votre enfant est-il rattaché ?
☐ Régime Général ☐ MSA ☐ Autres :

Merci de fournir un justificatif du régime d'appartenance

TARIFICATIONS ET JUSTIFICATIFS

La Caisse d'Allocations Familiales de la Haute Vienne au côté des collectivités locales soutient le fonctionnement des accueils de loisirs par le versement d'une aide financière.

Afin de favoriser l'accessibilité financière de toutes les familles, la Caisse d'Allocations Familiales conditionne le bénéfice de cette aide à la mise en place d'un tarif modulé en fonction des ressources des familles.

La Communauté de Communes Briance Combade a mis en place une tarification modulée en fonction des revenus de chaque famille. **Les tarifs évoluent au 1^{er} janvier 2025** : (Augmentation 1.50%)

	TARIF 1 quotient familial de 0 à 300	TARIF 2 quotient familial de 301 à 600	TARIF 3 quotient familial de 601 à 900	TARIF 4 quotient familial 901 à 1200	TARIF 5 quotient familial 1201 et + Et extérieurs à la CCBC
JOURNEE	9.32€	10.14€	10.96€	11.78€	12.60€
DEMI- JOURNEE SANS REPAS	5.22€	5.67€	6.14€	6.60€	7.06€
DEMI- JOURNEE AVEC REPAS	7.36€	8.01€	8.66€	9.31€	9.96€

ATTENTION : 5€ supplémentaires seront facturés pour toutes sorties extérieures

Les justificatifs nécessaires à fournir lors de l'inscription :

- Attestation de votre quotient familial CAF ou MSA
- Photocopie du passeport jeunes CAF

Vous pouvez, dès maintenant, nous faire parvenir ces documents à :

Service Enfance Jeunesse Briance Combade
5 Route du Puy Chat
87130 Châteauneuf la Forêt
Email : jeunesse@briancecombade.fr



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
-------	----------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

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

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? ☐ 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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME ☐ Oui ☐ Non
- ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non
- MÉDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler).

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole ☐ Oui ☐ Non	Varicelle ☐ Oui ☐ Non	Angine ☐ Oui ☐ Non	Coqueluche ☐ Oui ☐ Non	Rhumatisme articulaire aigu ☐ Oui ☐ Non
Oreillons ☐ Oui ☐ Non	Otite ☐ Oui ☐ Non	Rougeole ☐ Oui ☐ Non	Scarlatine ☐ Oui ☐ Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRENOM :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :(OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE : SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL ☐