



## ACCUEILS DE LOISIRS L'OASIS DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 2017-2018

Chers parents,

Afin de faciliter les démarches d'inscription aux accueils de loisirs l'Oasis, vous êtes invités à compléter ce dossier et à le remettre, en complément des documents mentionnés ci-dessous, à la direction de la structure fréquentée par votre/vos enfant(s).

Le dossier administratif ainsi constitué, sera valable pour l'ensemble des périodes d'accueil et des structures jusqu'au 31 Août 2018.

### Les structures Oasis Périscolaires

<b>"L'Archipel"</b> Ecoles du Schloessel	<b>"La Bruyère"</b> Perrault/Racine	<b>"La Palmeraie"</b> Tilleuls/ Centre	<b>"La Ruche"</b> Centre
4 A, Rue de Cernay 03.88.39.49.97	6, Rue des Lilas 03.88.30.23.00	10, Rue d'Eschau 03.88.66.69.87	1, Place du Général Leclerc 03.88.43.00.34
<a href="mailto:oasis-archipel@ostwald.fr">oasis-archipel@ostwald.fr</a>	<a href="mailto:oasis-bruyere@ostwald.fr">oasis-bruyere@ostwald.fr</a>	<a href="mailto:loasis.kirch@yahoo.fr">loasis.kirch@yahoo.fr</a>	<a href="mailto:loasis.centre@yahoo.fr">loasis.centre@yahoo.fr</a>

### INSCRIPTIONS A PARTIR DU 22 MAI 2017

Les structures Oasis Accueils de Loisirs  
Ouvertes pendant les périodes de vacances scolaires

**"La Bruyère"**

**"La Palmeraie"**

### INSCRIPTIONS LES 15 SEPTEMBRE 2017, 15 JANVIER ET 15 MARS 2018

**Les pièces obligatoires à joindre au dossier, pour toute inscription:**

- La photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus 2016, le cas échéant, la tarification maximale est appliquée.\*
- Une copie de l'attestation d'assurance en responsabilité civile pour l'année scolaire 2017/2018\*.
- Une photo de l'enfant, au format identité.
- Une attestation de travail pour chacun des parents, sauf si fournies dans le cadre de la commission.
- La photocopie de la page vaccination "Diphtérie, tétanos, poliomyélite" du carnet de santé.

\* documents à remettre en complément du dossier, dès réception



## REPRESENTANT 1 (Payeur)

### 1. Etat civil :

Père     Mère     Tuteur     Autre: \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable: \_\_\_\_\_

Adresse courriel :

Nationalité: \_\_\_\_\_ Situation Familiale: \_\_\_\_\_

### 2. Situation Professionnelle :

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Régime de sécurité sociale : (local, général ou autre, à préciser) \_\_\_\_\_

n° CAF: \_\_\_\_\_



## REPRESENTANT 2

### 1. Etat civil :

Père     Mère     Tuteur     Autre \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable: \_\_\_\_\_

Adresse courriel :

Nationalité: \_\_\_\_\_ Situation Familiale: \_\_\_\_\_

### 2. Situation Professionnelle :

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_



## ENFANT 1

### 1. Etat civil :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Masculin

Féminin

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_

### 2. Assurance :

Assureur : \_\_\_\_\_

N° de police d'assurance : \_\_\_\_\_

Validité du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### 3. Santé :

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ N° tel: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Allergie(s) : \_\_\_\_\_

**Difficultés de santé** (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation)  
*en précisant les dates et précautions à prendre:*

### Régime alimentaire :

Normal

Végétarien

Sans porc

### L'enfant est autorisé a sortir seul du centre :

OUI

NON

### Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom - Prénom & qualité: \_\_\_\_\_

N°de téléphone: \_\_\_\_\_ Portable: \_\_\_\_\_

Autorisé à chercher l'enfant au centre :  OUI  NON

Nom - Prénom & qualité: \_\_\_\_\_

N°de téléphone: \_\_\_\_\_ Portable: \_\_\_\_\_

Autorisé à chercher l'enfant au centre :  OUI  NON



## ENFANT 2

### 1. Etat civil :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Masculin

Féminin

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_

### 2. Assurance :

Assureur : \_\_\_\_\_

N° de police d'assurance : \_\_\_\_\_

Validité du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### 3. Santé :

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ N° tel: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Allergie(s) : \_\_\_\_\_

**Difficultés de santé** (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation)  
*en précisant les dates et précautions à prendre:*

### **Régime alimentaire :**

Normal

Végétarien

Sans porc

### **L'enfant est autorisé a sortir seul du centre :**

OUI

NON

### **Personne à prévenir en cas d'urgence :**

Nom - Prénom & qualité: \_\_\_\_\_

N°de téléphone: \_\_\_\_\_ Portable: \_\_\_\_\_

Autorisé à chercher l'enfant au centre :  OUI  NON

Nom - Prénom & qualité: \_\_\_\_\_

N°de téléphone: \_\_\_\_\_ Portable: \_\_\_\_\_

Autorisé à chercher l'enfant au centre :  OUI  NON



## ENFANT 3

### 1. Etat civil :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Masculin

Féminin

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_

### 2. Assurance :

Assureur : \_\_\_\_\_

N° de police d'assurance : \_\_\_\_\_

Validité du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### 3. Santé :

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ N° tel: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Allergie(s) : \_\_\_\_\_

**Difficultés de santé** (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation)  
*en précisant les dates et précautions à prendre:*

### Régime alimentaire :

Normal

Végétarien

Sans porc

### L'enfant est autorisé a sortir seul du centre :

OUI

NON

### Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom - Prénom & qualité: \_\_\_\_\_

N°de téléphone: \_\_\_\_\_

Portable: \_\_\_\_\_

Autorisé à chercher l'enfant au centre :  OUI  NON

Nom - Prénom & qualité: \_\_\_\_\_

N°de téléphone: \_\_\_\_\_

Portable: \_\_\_\_\_

Autorisé à chercher l'enfant au centre :  OUI  NON