

Dossier d'inscription

Informations complémentaires (cadre réservé à l'ACSH)

Nom

Prénom

Périscolaire maternelles ☐

Périscolaire primaires ☐

ACSH SECTEUR ENFANTS



Ce dossier comprend :

Fiche individuelle de renseignements	
Fiche d'inscription mercredis éducatifs	
Fiche sanitaire (Direction Départementale de la Cohésion Sociale)	
Autorisation de droit à l'image	
Règlement intérieur	

Pour être validé, nous fournir impérativement :

Attestation de la CAF de moins de 3 mois	
Avis d'imposition 2026 sur les revenus 2025 (dès réception)	

Aucun dossier incomplet ne sera pris en compte

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Nom, prénom de l'enfant : né(e) le :

Ecole : Nom de l'instituteur : Classe :

Régime alimentaire : CLASSIQUE [] SANS PORC [] SANS VIANDE []

	Père	Responsable légal []	Mère	Responsable légal []
Nom, prénom				
Adresse du domicile (merci de préciser le quartier)				
Tel domicile/ portable				
Nom et adresse de l'employeur				
Tel travail				

PORTAIL FAMILLE

Afin de pouvoir inscrire vos enfants via le portail famille, merci de nous indiquez votre adresse mail pour recevoir vos identifiants :

Personnes à joindre en cas d'urgence :

Nom de la ou des personnes susceptibles de venir récupérer mon enfant :

N° allocataire CAF : Mère [] Père [] Département CAF :

N° S.S. : Nombre d'enfants à charge :

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extra scolaire

Nom de la compagnie : N° Contrat : Tel :

INSCRIPTION MATIN / MIDI / SOIR

Matin	de 7h15 à 8h15	Lundi []	Mardi []	Jeudi []	Vendredi []
Midi	de 11h45 à 13h45	Lundi []	Mardi []	Jeudi []	Vendredi []
Soir	à partir de 16h15 jusqu'à 18h30	Lundi []	Mardi []	Jeudi []	Vendredi []
Selon planning	[]				
Occasionnel	[]				

En cas d'accident et dans l'impossibilité de me joindre, j'autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité de mon enfant, et à le transporter, en cas d'urgence, chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche.

Fait à le

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
SEXES ☐ GARCON ☐ ☐ FILLE ☐ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	RAPPELS		____/____/____
Du DT coq			____/____/____
Du Tétracoq			____/____/____
D'une prise polio			____/____/____

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
1 ^{er} VACCIN	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES
RE Vaccination	____/____/____	1 ^{er} RAPPEL	____/____/____		____/____/____
	____/____/____		____/____/____		____/____/____

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	☐	oui	☐	non	☐	oui	☐	non	☐
oui	☐	non	☐	oui	☐	non	☐	oui	☐
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	☐	oui	☐	non	☐	oui	☐	non	☐
oui	☐	non	☐	oui	☐	non	☐	oui	☐

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Mon enfant porte des lunettes oui ☐ non ☐ Est autorisé à être maquillé oui ☐ non ☐
Mon enfant sait nager oui ☐ non ☐ Est autorisé à aller à la piscine oui ☐ non ☐

Autres recommandations.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non ☐ oui ☐
SI OUI, LEQUEL ?
SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

V. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : N° DE TEL : DOMICILE : BUREAU :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

Signature :

Autorisation de reproduction et de représentation de photographies et/ou vidéos

Je soussigné(e),.....
Responsable de l'enfant.....
Né(e)
le.....
Habitant à.....

**Autorise, l'Association de Coordination Socioculturelle de Hayange (ACSH) à le
photographier et/ou à le filmer.**

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, nous autorisons l'ACSH à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre de la présente.

Les photographies et/ou vidéos pourront être exploitées et utilisées directement par l'ACSH ou être cédées à des tiers, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, dans le monde entier, pour une durée indéterminée, intégralement ou par extraits et notamment :

Photo, Presse, Livre, Site internet, Vidéo, Exposition, Publicité ...

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies et/ou vidéos susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les photographies de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Nous reconnaissons être entièrement remplis de nos droits et nous ne pourrions prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que mon enfant n'est pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de son image ou de son nom.

Fait à, le..... Signature

FICHE INSCRIPTION ACCUEIL MERCREDIS

Nom.....

Prénom.....

Ecole.....

Classe.....

Deux formules d'accueils sont proposées

Formule « À la journée »

- ☐ Matin de 7h15 à 9h
☐ Journée de 9 h à 18h30

- ☐ Hayange centre
☐ Marspich

- Durant ce temps d'accueil les enfants sont accueillis de 9 heures à 18h30.
À l'Espace Jean de la Fontaine, 13 rue du Général Leclerc à Hayange pour les enfants scolarisés à Hayange et St Nicolas en Forêt.
Au SLAM, rue du 6 juin 44 à Marspich pour les enfants scolarisés à Marspich et Konacker.
- Les parents pourront récupérer leur(s) enfant(s) à partir de 17 heures.

Formule « Demi-journée » (Matin + restauration)

- ☐ Matin de 7h15 à 9h
☐ Demi-journée de 9h à 13h30

- ☐ Hayange centre
☐ Marspich

- Durant ce temps d'accueil les enfants prennent leur repas :
À l'Espace Jean de la Fontaine, 13 rue du Général Leclerc à Hayange pour les enfants scolarisés à Hayange et St Nicolas en Forêt.
Au SLAM, rue du 6 juin 44 à Marspich pour les enfants scolarisés à Marspich et Konacker.
- Les parents pourront récupérer leur(s) enfant(s) de 13h30 jusqu'à 14 heures.

Les enfants qui ne seraient pas récupérés par les parents à 14h maximum seront automatiquement pris en charge par l'équipe d'animation de l'après- midi au frais des parents.

Conseils : Nous vous conseillons de lire attentivement les documents qui vous ont été transmis lors du retrait des dossiers d'inscriptions. Pour tout renseignement nous restons à votre disposition aux secrétariats des maisons de quartier aux numéros suivants. MPT / MJC LE COUARAIL ☎ 03.82.85.44.29 ® MPT/MJC Boris VIAN ☎ 0382859313 ® Centre Social CASC ☎ 03.82.59.18.00 ® ACSH ☎ 03.82.86.82.30

Fait à..... le.....

Signature

Important :

À joindre impérativement au dossier d'inscription

- Carnet de santé de l'enfant à jour (vaccins)
- Numéros de CAF et Sécurité Sociale
- Avis d'imposition ou non imposition 2026, sur les revenus de l'année 2025
- Attestation récente de la CAF (même pour 1 enfant) détaillant les prestations familiales, APL y comprises
- Justificatif RSA, assedic, etc...

Pour les travailleurs frontaliers :

- Attestation de l'employeur précisant le salaire annuel net avant déduction des impôts ou certificat de rémunération 2025
- Attestation CAF Luxembourg + France détaillant toutes les prestations familiales APL y compris