



Dossier d'inscription

Accueil Collectif de Mineurs péri et extrascolaire

1 - L'Enfant

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Garçon Fille

Enfant scolarisé à l'école

de : _____

Accueil matin Accueil soir

Restaurant scolaire

2 - Responsable du mineur

PARENT 1	PARENT 2
<p style="text-align: right;">Représentant légal <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Adresse de facturation</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>CP : Ville :</p> <p>☎ : Portable :</p> <p>Profession :</p> <p>Employeur :</p> <p>☎ :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: right;">Représentant légal <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Adresse de facturation</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>CP : Ville :</p> <p>☎ : Portable :</p> <p>Profession :</p> <p>Employeur :</p> <p>☎ :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p>
<p>SITUATION FAMILIALE</p> <p><input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e)* ou séparé(e)* <input type="checkbox"/> Veuvage <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> célibataire</p> <p><small>*joindre une copie du jugement</small></p>	

Je souhaite recevoir les informations liées au service enfance à l'adresse mail suivante :

_____ @ _____

3 - Renseignements médicaux concernant le mineur & recommandations utiles des parents

Joindre une photocopie des deux pages de vaccinations du carnet de santé. À renouveler si besoin. (Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou de loisirs).

N° de sécurité sociale :

NOM et Tél. DU MEDECIN TRAITANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI* NON *joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec nom de l'enfant et la notice.)

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance médicale

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? (Projet d'Accueil Individualisé) OUI* NON (*fournir une copie obligatoire)

MALADIES

Cocher les maladies que votre enfant a déjà eues

RUBEOLE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU COQUELUCHE OTITE

SCARLATINE VARICELLE ROUGEOLE OREILLONS ANGINE

LES ALLERGIES

Alimentaires NON OUI* Médicamenteuses NON OUI* Alimentaires NON OUI*

Autres (animaux, plantes, pollen) NON OUI*

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? NON OUI

Port de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, habitudes de vie particulières, difficultés de sommeil.....

4 - Caisse à laquelle l'enfant est rattaché

CAF n° allocataire :ou une copie de l'attestation de quotient familial)
Nous vous rappelons que par convention avec la CAF, ce numéro permet au responsable de la structure de consulter les déclarations de ressources des parents grâce à un accès réservé et confidentiel (CAFpartenaires).

Responsable du dossier CAF : NOM _____ Prénom : _____

Autorise N'autorise pas les tiers intervenant dans le domaine social à accéder à mon dossier d'allocataire.
En cas de séparation, il est nécessaire de fournir le numéro d'allocataire du parent qui a la garde de l'enfant ou le numéro de chaque parent en cas de garde alternée.

MSA - n° Allocataire :(fournir votre attestation de quotient familial)

Autres (préciser) : (fournir votre attestation de quotient familial)

5 - Autorisations parentales

J'autorise l'ensemble de l'équipe d'animation à prendre des photos ou tout autre support audiovisuel de mon enfant et de les utiliser dans le cadre d'une diffusion publique (presse locale, journal du centre, documents de communication, site internet de la ville...): OUI NON

J'autorise mon enfant à rentrer seul à notre domicile (de préférence pas avant 10 ans) : OUI NON

J'autorise les personnes suivantes à prendre en charge mon enfant à la sortie de l'école, de l'ACM et/ou au retour de la navette ; et en cas d'urgence, si vous n'arrivez pas à me joindre, j'autorise le responsable à joindre les personnes suivantes :

Nom et Prénom	Téléphone	Adresse / Commune	Lien avec l'enfant

6 - Assurances

Votre enfant est-il bien couvert par une assurance en responsabilité civile ou extra-scolaire ?

OUI Laquelle ? _____

NON Si non, nous vous conseillons vivement à une assurance complémentaire.

7 - Conditions particulières obligatoires

- 1) J'inscris et j'autorise mon enfant à participer aux activités proposées par les organisateurs de l'ACM,
- 2) Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident survenant avant ou après la prise en charge par des ACM,
- 3) J'autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures médicales en cas d'urgence,
- 4) J'atteste de l'exactitude des informations fournies et je m'engage à informer les organisateurs en cas de changements,
- 5) Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et en accepter les conditions.
- 6) Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et je m'engage à signaler par écrit toute modification importante (vaccin, changement d'adresse, de numéro de téléphone...) auprès du responsable de l'ACM.

Je soussigné (e)....., responsable légal du mineur, déclare exacte les renseignements portés sur ce dossier et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

ANNEE 2019 Date et Signature :	Cadre réservé à l'administration
------------------------------------------	-----------------------------------------