



Dossier d'inscription

ALP - ALSH – SEJOURS

Ville de Pézenas

DOSSIER FAMILLE 2019-2020

NOM :

NOM / PRENOM(S) DES ENFANTS

1:

2:

3:

.....

.....

.....

PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PHOTO (1 par enfant) | <input type="checkbox"/> CARNET DE SANTE |
| <input type="checkbox"/> DOSSIER CI-JOINT REMPLI | <input type="checkbox"/> CERTIFICAT MEDICAL (DANS LE DOSSIER) |
| <input type="checkbox"/> REGLEMENTS INTERIEURS | <input type="checkbox"/> LIVRET DE FAMILLE |
| <input type="checkbox"/> ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE | <input type="checkbox"/> CERTIFICAT SCOLAIRE (ENFANT DE MOINS DE 3 ANS) |
| | <input type="checkbox"/> DEMANDE DE CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DES DONNEES |

PIECES A FOURNIR POUR LA TARIFICATION (Service Régie)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ATTESTATION DROIT CAF | <input type="checkbox"/> JUSTIFICATIF DOMICILE - DE 3 MOIS (EAU-GAZ-ELECTRICITE) |
|--|--|

FAMILLE

Civilité :		Nom de Famille :	
Adresse :			
.....			
.....			
Situation familiale :			
Fixe 1 :	Fixe 2 :	Liste rouge : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mobile 1 :	Mobile 2 :		
Fax 1 :	Fax 2 :		
Mail 1 :			
Mail 2 :			
Régime : Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres(Précisez) :		Nbr. Total d'enfant :	Nbr. d'enfant à charge :

PÈRE OU RESPONSABLE 1

Nom / Prénom :			
Né le :/...../.....		à	Dept.
Nationalité			
Adresse :			
.....			
.....			
Profession :		N° S.S :	
Adresse Pro. :			
.....			
Fixe 1 :	Fixe 2 :	Liste rouge : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mobile 1 :	Mobile 2 :		
Fax 1 :	Fax 2 :		
Mail 1 :			
Mail 2 :			
N° Allocataire :			

MÈRE OU RESPONSABLE 2

Nom / Prénom :

Né le :/...../..... à Dept. Nationalité

Adresse :

.....

.....

Profession : N° S.S :

Adresse Pro. :

.....

Fixe 1 : Fixe 2 :

Mobile 1 : Mobile 2 :

Fax 1 : Fax 2 :

Mail 1 :

Mail 2 :

N° Allocataire :

Liste rouge :	
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

ENFANT 1

Nom / Prénom : Sexe : Fille Garçon

Né(e) le :/...../..... Age : Lieu de naissance :

Scolarité - Etablissement fréquenté :

Assurance : N° de Police :

MEDECIN TRAITANT

Nom / Prénom : Téléphone :

ALLERGIE(S) :

.....

REGIME ALIMENTAIRE :

.....

ANTECEDENTS MEDICAUX :

.....

MALADIE :

.....

PORTEUR DE LUNETTES OU D'APPAREIL MEDICAUX DE TOUTES SORTES :

.....

ENFANT 2

Nom / Prénom : Sexe : Fille Garçon

Né(e) le :/...../..... Age : Lieu de naissance :

Scolarité - Etablissement fréquenté :

Assurance : N° de Police :

MEDECIN TRAITANT

Nom / Prénom : Téléphone :

ALLERGIE(S) :

REGIME ALIMENTAIRE :

ANTECEDENTS MEDICAUX :

MALADIE :

PORTEUR DE LUNETTES OU D'APPAREIL MEDICAUX DE TOUTES SORTES :

ENFANT 3

Nom / Prénom : Sexe : Fille Garçon

Né(e) le :/...../..... Age : Lieu de naissance :

Scolarité - Etablissement fréquenté :

Assurance : N° de Police :

MEDECIN TRAITANT

Nom / Prénom : Téléphone :

ALLERGIE(S) :

REGIME ALIMENTAIRE :

ANTECEDENTS MEDICAUX :

MALADIE :

PORTEUR DE LUNETTES OU D'APPAREIL MEDICAUX DE TOUTES SORTES :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant..... Né(e) le

..... à

Il ou elle ne présente aucune affection contagieuse.

Il ou elle est apte à pratiquer des activités :

- Physiques et Sportives.

Il ou elle est à jour de ses vaccinations obligatoires.

Le/...../.....

Signature et Tampon du médecin



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant..... Né(e) le

..... à

Il ou elle ne présente aucune affection contagieuse.

Il ou elle est apte à pratiquer des activités :

- Physiques et Sportives.

Il ou elle est à jour de ses vaccinations obligatoires.

Le/...../.....

Signature et Tampon du médecin



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant..... Né(e) le

..... à

Il ou elle ne présente aucune affection contagieuse.

Il ou elle est apte à pratiquer des activités :

- Physiques et Sportives.

Il ou elle est à jour de ses vaccinations obligatoires.

Le/...../.....

Signature et Tampon du médecin



AUTORISATIONS



1. Autorise les directeurs des Accueils de Loisirs à prodiguer un traitement anti-poux **en séjour** en cas de nécessité :
 OUI NON
2. Autorise les directeurs des Accueils de Loisirs à prodiguer une pommade contre les brûlures en cas de nécessité ou de l'huile essentielle en cas de piqûres :
 OUI NON
3. Autorise mon enfant, à participer aux activités physiques et sportives (Initiation & Découverte) organisées par les Accueils de Loisirs :
 OUI NON
4. En cas de maladie et d'accident, j'autorise les directeurs à faire intervenir les services d'urgences (SAMU - Pompiers). Le médecin décidera alors, s'il y a lieu, d'hospitaliser et de prodiguer les soins appropriés à mon enfant :
 OUI NON
5. Autorise les directeurs et l'équipe d'animation à prendre mon enfant en photo ou le filmer dans le cadre des animations et à diffuser son image sur papier, Facebook et le site de la Ville de Pézenas :
 OUI NON
6. Autorise le directeur de l'**Accueil de Loisirs** (ALP, ALSH, Séjours) à laisser mon enfant sortir seul :
 OUI NON

Si NON, j'autorise les directeurs des structures à laisser mon enfant sortir avec les personnes* suivantes :

NOM & PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

Je m'engage à prévenir les directeurs de tout changement concernant les renseignements contenus dans le dossier d'inscription.

Fait à Pézenas, le/...../.....

Signature du (des) responsable(s) légal(aux)