



# Dossier d'inscription

## ALP - ALSH – SEJOURS

### Ville de Pézenas

# DOSSIER FAMILLE 2020 - 2021

NOM : .....

NOM / PRENOM(S) DES ENFANTS

1: .....

2: .....

3: .....

.....

.....

.....

### PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION

PHOTO (1 par enfant)

CARNET DE SANTE

DOSSIER CI-JOINT REMPLI

CERTIFICAT MEDICAL (DANS LE DOSSIER)

LIVRET DE FAMILLE

CERTIFICAT SCOLAIRE (ENFANT DE MOINS DE 3 ANS)

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

### PIECE A FOURNIR POUR LA TARIFICATION (Service Régie)

ATTESTATION DROIT CAF

Afin de protéger la confidentialité de vos données personnels, la Mairie de Pézenas s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes, quels qu'ils soient, conformément au RGPD (Règlement Général de la Protection des Données)

## FAMILLE

Civilité : ..... Nom de Famille : .....

Adresse : .....  
.....  
.....

Situation familiale : .....

Fixe 1 : ..... Fixe 2 : ..... LISTE ROUGE

Mobile 1 : ..... Mobile 2 : ..... OUI NON

Mail 1 : .....

Mail 2 : .....

Régime : Général   MSA Autres(*Précisez*) : .....

N° Allocataire : ..... Représentant légal 1 Représentant légal 2

### Représentant légal 1 : Mère      Père      Tuteur

Nom / Prénom : .....

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

Adresse : .....  
.....  
.....

Profession : .....

Adresse Pro. : .....

Fixe 1 : ..... Fixe 2 : ..... LISTE ROUGE

Mobile 1 : ..... Mobile 2 : ..... OUI NON

Mail : .....

**Représentant légal 2 : Mère**

**Père**

**Tuteur**

Nom / Prénom : .....

Née le : ..... /..... /..... à ..... Dept. .... Nationalité .....

Adresse : .....

.....

.....

Profession : .....

Adresse Pro. : .....

.....

Fixe 1 : .....

Fixe 2 : .....

LISTE ROUGE

Mobile 1 : .....

Mobile 2 : .....

Mail : .....

## 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 (accompagné d'un certificat médical):

.....

ANTECEDENTS MEDICAUX : .....

.....

MALADIE : .....

.....

PORTEUR DE LUNETTES OU D'APPAREILS 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 (accompagné d'un certificat médical):

ANTECEDENTS MEDICAUX : .....

MALADIE : .....

PORTEUR DE LUNETTES OU D'APPAREILS 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 (accompagné d'un certificat médical):

ANTECEDENTS MEDICAUX : .....

MALADIE : .....

PORTEUR DE LUNETTES OU D'APPAREILS MEDICAUX DE TOUTES SORTES : .....

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....  
Certifie avoir examiné ce jour l'enfant 1 ..... 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.
  
- Autres informations médicales :.....

Date et Signature

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....  
Certifie avoir examiné ce jour l'enfant 2 ..... 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.
  
- Autres informations médicales :.....

Date et Signature

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....  
Certifie avoir examiné ce jour l'enfant 3 ..... 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.
  
- Autres informations médicales :.....

Date et Signature

# 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, si le certificat médical le permet :  
 OUI                      NON
4. En cas de maladie et/ou d'accident, j'autorise les directeurs à faire intervenir les services d'urgences (SAMU – Pompiers – Médecin de garde) qui prendront en charge 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 les supports de communication 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 dans les plus brefs délais.
- Je certifie avoir pris connaissance du règlement dont un exemplaire m'a été délivré

Fait à Pézenas, le ..... / ..... / .....

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