

Dossier inscription

ALP-ALSH-SEJOUR



Nom de Famille :.....

Nom & Prénom 1^{er} enfant

Pièces à fournir pour le dossier d'inscription :

1) Service Accueil de Loisirs :

- Dossier ci-joint rempli
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle
- Livret de famille (à mettre à jour si non fourni au préalable)
- Carnet de santé (vaccins à jour)
- Certificat médical (à remplir chaque année dans le dossier)
- Certificat de scolarisation pour les enfants de moins de 3 ans

Nom & Prénom 2^{ème} enfant

2) Service Régie :

- Attestation Caf (à mettre à jour chaque année)
- Justificatifs de domicile de - de 3 mois

Nom & Prénom 3^{ème} enfant

✓ Confidentialité des données :

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



FICHE DE RENSEIGNEMENTS Enfant 1

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Établissement fréquenté :
Classe fréquentée* : Instituteur* :
Régime alimentaire (voir PAI) :
Allergies :
Médecin traitant :Lieu du cabinet :
Appareil dentaire : oui non *(si oui, merci d'amener une boîte sur le temps de midi)*

FICHE DE RENSEIGNEMENTS Enfant 2

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Établissement fréquenté :
Classe fréquentée* : Instituteur* :
Régime alimentaire (voir PAI) :
Allergies :
Médecin traitant :Lieu du cabinet :
Appareil dentaire : oui non *(si oui, merci d'amener une boîte sur le temps de midi)*

FICHE DE RENSEIGNEMENTS Enfant 3

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Établissement fréquenté :
Classe fréquentée* : Instituteur* :
Régime alimentaire (voir PAI) :
Allergies :
Médecin traitant :Lieu du cabinet :
Appareil dentaire : oui non *(si oui, merci d'amener une boîte sur le temps de midi)*

*Facultati

Projet d'Accueil Individualisé

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI ?

Les parents d'un enfant présentant des problèmes médicaux dont des allergies (asthme, épilepsie etc...) ou des intolérances alimentaires sont invités à établir un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI), qui est obligatoire pour être admis au restaurant scolaire en cas d'allergie alimentaire.

Le PAI est à retirer auprès du **directeur de l'école** et à faire signer par le médecin traitant, le directeur de l'école, le médecin de l'éducation nationale et le directeur du périscolaire concerné .

Enfant 1 OUI NON

Enfant 2 OUI NON

Enfant 3 OUI NON

Responsable légal 1 : père **mère**
tuteur légal ou autre (préciser) :

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../..... à dépt. : nationalité :

Adresse :

TEL dom. : TEL prof. : TEL port. :

Adresse mail :

Situation familiale : *(joindre l'ordonnance du jugement si nécessaire).*

céli bataire marié (e) pacsé (e) vie maritale veuf, veuve divorcé (e) séparé(e)

N° d'allocataire CAF ou MSA :Nom de l'allocataire

Responsable légal 2 : père **mère**
tuteur légal ou autre (préciser) :

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../..... à dépt. : nationalité :

Adresse :

TEL dom. : TEL prof. : TEL port. :

Adresse mail :

Situation familiale : *(joindre l'ordonnance du jugement si nécessaire).*

céli bataire marié (e) pacsé (e) vie maritale veuf, veuve divorcé (e) séparé(e)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) responsable légal(e)
de(s) l'enfant(s)

déclare inscrire après avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement (ALSH ou de l'ALP), et du règlement intérieur.

J'autorise les directeurs des Accueils de Loisirs à :

- Prodiguer un traitement anti-poux (en séjour) si nécessaire.
- Prodiguer une pommade contre les brûlures ou/et de l'huile essentielle en cas de piqûres, si nécessaire.
- À prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence suivant les instructions du corps médical.
- Diffuser des photos et court-métrage sur les supports de communications de la ville de Pézenas. Dans le cadre des animations encadrés, sorties, de mon(mes) enfant(s).

J'autorise mon (mes) enfant(s) à :

- Participer aux activités physique et sportives (Initiation & Découvert) organisées par les accueils de loisirs, si le certificat médical le permet.
- Sortir seul

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Tél : **Lien de parenté :**

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Tél : **Lien de parenté :**

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Tél : **Lien de parenté :**

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Tél : **Lien de parenté :**

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Tél : **Lien de parenté :**

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Tél : **Lien de parenté :**

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Tél : **Lien de parenté :**

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Tél : **Lien de parenté :**

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Tél : **Lien de parenté :**

Fait à Pézenas, le/...../.....

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

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