

# Dossier inscription

ALP-ALSH-SEJOUR



Nom de Famille : .....

## Pièces à fournir pour le dossier d'inscription :

### 1) Service Accueil de Loisirs :

- Dossier ci-joint rempli
- Carnet de santé (*vaccins à jour*)
- Certificat de scolarisation pour les enfants de moins de 3 ans

*Nom & Prénom 1<sup>er</sup> enfant*

.....  
.....

### 2) Service Régie :

- Attestation Caf (*à mettre à jour chaque année*)

*Nom & Prénom 2<sup>ème</sup> enfant*

.....  
.....

*Nom & Prénom 3<sup>ème</sup> enfant*

.....  
.....

#### Confidentialité des données :

Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, la Mairie de Pezenas s'engage à ne 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)



Cofinancement

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS Enfant 1

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Établissement fréquenté : .....  
Classe fréquentée : ..... Instituteur : .....  
Régime alimentaire : .....  
Allergies (voir PAI) : .....  
Nom et coordonnées du Médecin traitant : .....  
Numéro de sécurité sociale de l'enfant (père ou mère) : .....  
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 : .....  
Allergies (voir PAI) : .....  
Nom et coordonnées du Médecin traitant : .....  
Numéro de sécurité sociale de l'enfant (père ou mère) : .....  
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 : .....  
Allergies (voir PAI) : .....  
Nom et coordonnées du Médecin traitant : .....  
Numéro de sécurité sociale de l'enfant (père ou mère) : .....  
Appareil dentaire : oui non *(si oui, merci d'amener une boîte sur le temps de midi)*

## 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 : .....

Profession.....

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

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

Adresse mail : .....

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

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

**Nom et N° d'allocataire CAF ou MSA (N° Sécurité sociale) :** .....

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

Nom : ..... Prénom : .....

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

Profession : .....

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

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

Adresse mail : .....

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

céliataire    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.
- À prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence suivant les instructions du corps médical.
- Diffuser image et voix sur les supports de communications de la ville de Pézenas (internet, support papier et en interne). Dans le cadre des animations encadrés, sorties, de mon(mes) enfant(s).

J'atteste sur l'honneur que mon enfant n'a pas de contre-indication médicale à participer aux activités physique et sportives (Initiation & Découvert) organisées par les accueils de loisirs,

- Oui,
- Non.

J'autorise mon (mes) enfant(s) à sortir seul :

- Oui,
- Non.

**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 : .....

Fait à Pézenas, le ...../...../..... Signature du/des représentant(s) légal(aux).

