



## LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR POUR UNE INSCRIPTION AUX ACTIVITES DU PÔLE ENFANCE JEUNESSE EDUCATION

### Composition du dossier d'inscription :

- Fiche de renseignements, (après lecture du règlement intérieur)
- Fiche sanitaire de liaison

### Pièces complémentaires à fournir :

- La photocopie du carnet de santé (vaccins DT Polio obligatoire en collectivité)
- Un justificatif de quotient familial
- Attestation d'assurance extra-scolaire

**Dossier d'inscription : A.I.S.H. / C.I.A.E. / CANTINE**

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente) : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Responsabilité civile (assurance) : \_\_\_\_\_

Classe fréquentée par l'enfant : \_\_\_\_\_

Personnes habilitées à récupérer votre enfant : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Coordonnées téléphoniques : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allocataire :  CAF  MSA  Autre organisme (SNCF, armée...)

Votre numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_

Quotient familial : \_\_\_\_\_ (Joindre un justificatif)

Bus scolaire de Bédoïn : \_\_\_\_\_

Mon enfant prend le bus le soir :  Non  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

**Autorisation parentale :**

Je soussigné, \_\_\_\_\_,

autorise mon enfant \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	À participer aux activités de baignades organisées par la structure d'accueil, dans le respect de la réglementation en vigueur. Mon enfant sait nager : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	À utiliser le transport prévu (société de transport, minibus ou véhicule municipal) dans le cadre des sorties organisées par la structure d'accueil.
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	À rentrer seul au domicile et déclarer décaler de toutes ses responsabilités la mairie de Bédoïn en cas d'incident de toute nature que ce soit ayant lieu après la fin du temps périscolaire ou extrascolaire.

Droit à l'image :

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorise l'équipe d'animation à photographier ou à filmer mon enfant dans le cadre d'une activité pédagogique. Cette autorisation est valable pour l'édition de documents de nature pédagogique, pour des expositions relatives à la structure d'accueil, pour les journaux d'informations locales ou pour la publication sur le site internet de la commune. Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages. Cette autorisation est valable pour une durée de un an et devra être renouvelée chaque année. Elle pourra être révoquée à tout moment. <b>La présente autorisation est incessible.</b>
---	---

Urgences :

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorise le (la) directeur (trice) de la structure d'accueil à prendre toutes les mesures qu'il (elle) jugerait utiles au cas où mon enfant aurait à subir des soins urgents.
---	---

Je m'engage à régler mes factures dans le délai imparti (1 mois) avant une mise en contentieux systématique.

En cochant cette case, je certifie avoir lu et compris le règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature du responsable  
légal de l'enfant.

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	ENFANT NOM : _____
	PRENOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> POIDS : _____
	RESPONSABLE LEGAL : NOM : _____
	PRENOM : _____ N° SECURITE SOCIALE : _____

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole-Rubéole-Oreillons	
Polio				Coqueluche	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- ALLERGIES : ASTHME      oui     non       MEDICAMENTEUSES    oui     non   
ALIMENTAIRES    oui     non       AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE  
(joindre si prise de médicaments la prescription médicale avec les médicaments nécessaires fournis)

- DIFFICULTES DE SANTE – PRECAUTIONS A PRENDRE

- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (port de lunettes, lentilles, prothèses...)

- NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Je soussigné .....responsable légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. (en particulier pour les enfants de 0 à 6 ans, en cas de fièvre supérieure à 38,5°C à administrer 1 dose de paracétamol en fonction de son poids).

Date :

Signature :