

Fiche d'inscription 2024-2025

ENFANT

NOM : PRÉNOM :

FILLE GARÇON

DATE DE NAISSANCE : ÂGE :

RESPONSABLE FAMILLE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

Téléphone domicile :

Portable Responsable 1 : Portable Responsable 2 :

Téléphone travail Responsable 1 : Téléphone travail Responsable 2 :

ADRESSE MAIL :

J'autorise la Ville de La Ricamarie à renseigner vos données personnelles de type numéro de téléphone, mail et adresse postale dans une base de données, dans un but d'information via la newsletter et/ou alerte SMS.

J'autorise Je n'autorise pas

DROIT À L'IMAGE

J'autorise la Ville de La Ricamarie à utiliser l'image de mon enfant sur support papier et numérique (magazine municipal, etc.), exclusivement pour la présentation et l'illustration des activités des différents temps périscolaires et Accueils de loisirs :

J'autorise Je n'autorise pas

INFORMATION CAF

Régime d'appartenance : Régime Général (CAF) Mutuelle Sociale Agricole

N° d'Allocataire : Quotient Familial **en cours** :

La participation financière étant modulée en fonction du quotient familial des familles, les parents ou tuteurs allocataires de la caisse d'Allocations familiales autorisent le gestionnaire du service à consulter CDAP, service mis à disposition par la CAF :

J'autorise Je n'autorise pas

En cas de refus, le tarif appliqué sera le tarif maximum prévu.

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon fils, ma fille à quitter la structure d'accueil du Pôle Jeunes par ses propres moyens après les activités proposées.



Je n'autorise pas mon enfant à quitter la structure d'accueil seul.

Uniquement les personnes suivantes ; **munies d'une pièce d'identité** pourront prendre en charge l'enfant dès sa sortie de la structure d'accueil du Pôle Jeunes :



Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Nom	Prénom	Téléphone

IMPORTANT :

Les personnes dont les noms ne figurent pas sur ce document ne pourront pas récupérer l'enfant.

DOCUMENT A FOURNIR

Joindre un TEST D'AISANCE AQUATIQUE (à faire en piscine), afin de faciliter la pratique d'activités aquatiques et nautiques de votre enfant.

MENTIONS LÉGALES : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'inscription ALSH. Le destinataire des données est le Service Enseignement de la commune. Conformément à l'art 15 et à l'art 16 du Règlement Général sur la Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations, veuillez-vous adresser à la Ville de La Ricamarie.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphthérie				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Tétanos				Hépatite B			
Poliomyélite				Pneumocoque			
Coqueluche				Méningite			
Haemophilus							

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser** oui non

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, Difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

NOM MEDECIN TRAITANT :

TEL :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

PÔLE JEUNES LA RICAMARIE - PJR

Pour plus de renseignements :

09 70 21 03 65

secretariat.pjr@ville-la-ricamarie.fr

