

## DOSSIER D'INSCRIPTION 2018-2019

### LE PARTICIPANT

Nom :			
Prénom :			
Sexe :	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	
Date de naissance :	/	/	Age : <input type="text"/>
Nationalité :			
Adresse :			
Régime Alimentaire :	<input type="checkbox"/> Pas de régime particulier	<input type="checkbox"/> Régime végétarien	
L'enfant est-il porteur de handicap :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Autorisation droit à l'image :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
	- Autorise la municipalité à diffuser les photos dans le cadre d'informations communales (site internet de la Commune de Lallaing, le journal communal, autres informations communales, Blog, presse locale...).		
	Sauf information contraire, les photographies et/ou films pris au cours des ACM sur lesquels des enfants apparaissent, pourraient être utilisés pour toute communication de la Commune. Le site internet de la Commune de Lallaing et le Blog des ACM sont alimentés de diverses informations ainsi que de photos liées aux différentes manifestations et actions organisées.		
	Vous n'êtes pas sans savoir que le droit à l'image est appliqué aux sites web aussi, (Selon les articles 226-1 à 226-8 du Code Civil, tout individu jouit d'un droit au respect de sa vie privée ainsi qu'un droit à l'image. En vertu de ces dispositions, la publication ou la reproduction d'une photographie sur laquelle une personne est clairement reconnaissable n'est possible qu'avec son consentement préalable).		
Autorisation repartir seul de l'A.C.M.:	<input type="checkbox"/> autorisé à repartir seul		
	<input type="checkbox"/> non-autorisé à repartir seul		
Personnes autorisé(e)s à reprendre l'enfant :	Noms - Prénoms	Numéro de tel	Lien avec l'enfant

### A joindre impérativement à ce dossier lors de l'inscription

- Attestation de Paiement et Quotient Familial CAF du mois d'avril 2018
- Un justificatif de domicile
- Un certificat de scolarité - pour les enfants des communes extérieures scolarisés dans une des écoles communales
- Attestation d'assurance en responsabilité civile extra-scolaire
- Copie des vaccinations qui doivent être à jour

(Attention : Aucune copie ne sera effectuée sur place)

## RESPONSABLE LEGAL

	<input type="checkbox"/> PÈRE	<input type="checkbox"/> MERE	<input type="checkbox"/> AUTRE
Nom :			
Prénom :			
Adresse : <small>(si différente de celle de l'enfant)</small>			
Téléphone :			
Portable :			
Adresse mail : <small>pour nous permettre de vous envoyer les informations sur les ACM</small>			
Situation Familiale :	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf	<input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Pacsée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuve	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Catégorie professionnelle :	<input type="checkbox"/> artisan <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> profession intermédiaire <input type="checkbox"/> ouvrier <input type="checkbox"/> cadre <input type="checkbox"/> agriculteur <input type="checkbox"/> sans profession <input type="checkbox"/> autre .....	<input type="checkbox"/> artisan <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> profession intermédiaire <input type="checkbox"/> ouvrier <input type="checkbox"/> cadre <input type="checkbox"/> agriculteur <input type="checkbox"/> sans profession <input type="checkbox"/> autre .....	<input type="checkbox"/> artisan <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> profession intermédiaire <input type="checkbox"/> ouvrier <input type="checkbox"/> cadre <input type="checkbox"/> agriculteur <input type="checkbox"/> sans profession <input type="checkbox"/> autre .....
CAF DU NORD N° Allocataire :			
Quotient Familial :			
RSA :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
EEH pour l'enfant concerné :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

### ➤ DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant,

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'ACM
- M'engage à rembourser les frais liés aux dégradations volontaires occasionnées par mon enfant,
- Autorise le directeur (rice) de l'ACM, à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant,

J'ai bien noté que l'inscription de mon enfant devient définitive quand le séjour est payé dans sa totalité. Aucun règlement ne sera accepté en dehors des dates définies par délibération du conseil municipal du Maire.

Date

Signature



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : **Accueils Collectifs de Mineurs Lallaing 2018-2019**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

**MAIRIE DE LALLAING - SERVICE JEUNESSE**

**PLACE JEAN JAURES - 59167 LALLAING**

**TEL : 03 27 08 82 70**

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....