

# DOSSIER D'INSCRIPTION 2019-2020

## Fiche enfant

NOM de l'enfant : .....		PRÉNOM de l'enfant : .....	
Adresse :			
N°: .....		Rue : .....	
		Cp - Ville : .....	
Date de naissance : .....		Age : .....	
Genre (cocher) : <input type="checkbox"/> Fille		<input type="checkbox"/> Garçon	
		Nationalité : .....	
Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> Absence de régime		<input type="checkbox"/> Végétarien	
Téléphone 1 : .....		Téléphone 2 : .....	
Adresse Mail : .....			
<i>Pour nous permettre de vous envoyer, factures et informations sur les ACM</i>			
<b>SANTÉ GÉNÉRALE de l'enfant</b>			
Allergie :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	P.A.I. : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Asthme :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<i>si oui merci de nous le fournir</i>
Diabète :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Traitement pendant l'ACM : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> 100non	
<i>Merci de <b>remplir et signer</b> dans sa totalité la <b>fiche sanitaire de liaison recto/verso</b> jointe au dossier</i>			
<b>Autorisation à repartir seul</b>			
<input type="checkbox"/> Autorisé à repartir seul		<input type="checkbox"/> Non autorisé à repartir seul	
<b>Autorisation de droit à l'image (cocher) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>			
- 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, ( <i>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</i> ).			
<b>Personnes autorisées ou interdites (acte de jugement obligatoire) à récupérer l'enfant</b>			
interdit	Nom – Prénom	Téléphones	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

Les personnes notées dans le tableau ci-dessus et autorisées à venir chercher l'enfant devront présenter obligatoirement leur carte d'identité au membre de l'équipe pédagogique en charge de l'enfant.

## DOSSIER D'INSCRIPTION 2019-2020

### Fiche Familiale

parent     assistant(e) familial(e)     tuteur légal     autre : ..... (préciser)

Adulte 1	Adulte 2
Lien avec l'enfant : .....	Lien avec l'enfant : .....
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse si différente de l'enfant : .....	Adresse si différente de l'enfant : .....
Catégorie socio-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 .....	Catégorie socio-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 .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
Portable : .....	Portable : .....
Situation Familiale : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf	Situation Familiale : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf

Régime Allocataire CAF	
Régime Allocataire des parents de l'enfants : <input type="checkbox"/> Général et fonctionnaire <input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Maritime <input type="checkbox"/> Autre : .....	Nombre d'enfants à charge : .....
Nom de l'allocataire .....	Nombre total d'enfants : .....
N° allocataire .....	Nombre de parts : .....
Allocataire à la CAF du Nord : <input type="checkbox"/> OUI    - <input type="checkbox"/> NON	Quotient Familial de la CAF : .....
Comptez-vous un ou des enfants porteurs de handicap au sein de votre foyer ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si vous êtes allocataire de la CAF du nord, percevez-vous des prestations Sociales ou Familiales ? <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
Si oui combien ? .....	RSA : <input type="checkbox"/> OUI    - <input type="checkbox"/> NON
	AEEH pour l'enfant inscrit à l'ACM : <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON

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

- Attestation de Paiement et Quotient Familial CAF en cours
  - Attestation d'assurance en responsabilité civile extra-scolaire
  - Autorisation de sortie de territoire (ci-jointe)
  - Un certificat de scolarité - pour les enfants des communes extérieures scolarisés dans une des écoles communales
  - Un justificatif de domicile
  - Copie des vaccinations qui doivent être à jour
- (Attention : Aucune copie ne sera effectuée sur place)

### ►DECLARATION DE LA OU DES PERSONNE(S) EN CHARGE DE L'ENFANT

Je soussigné ..... ayant en charge 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

**AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST)  
D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE**  
(article 371-6 du code civil; décret n° 2016-1483 du 2 novembre 2016 relatif à l'autorisation  
de sortie du territoire d'un mineur non accompagné  
par un titulaire de l'autorité parentale; arrêté du 13 décembre 2016)

**1. PERSONNE MINEURE AUTORISÉE À SORTIR DU TERRITOIRE FRANÇAIS**

Nom (figurant sur l'acte de naissance) : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : | | | | | | | | | | à (lieu de naissance) : \_\_\_\_\_  
Pays de naissance : \_\_\_\_\_

**2. TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, SIGNATAIRE DE L'AUTORISATION**

Nom (figurant sur l'acte de naissance) : \_\_\_\_\_  
Nom d'usage (ex. nom d'épouse/d'époux) : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : | | | | | | | | | | à (lieu de naissance) : \_\_\_\_\_  
Pays de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
Qualité au titre de laquelle la personne exerce l'autorité parentale (cocher la case) :  
 Père  Mère  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
N° (bis, ter) Type de voie Nom de la voie  
Code postal : | | | | | | Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
Téléphone (recommandé) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Courriel (recommandé) : \_\_\_\_\_

**3. DURÉE DE L'AUTORISATION**

La présente autorisation est valable jusqu'au : | | | | | | | | | | inclus.  
Elle ne peut excéder un an à compter de la date de sa signature.  
Exemple : une autorisation signée le 1<sup>er</sup> septembre ne peut excéder le 31 août de l'année suivante.

**4. SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE**

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations »<sup>(1)</sup> :  
DATE : | | | | | | | | | | Signature du titulaire de l'autorité parentale : \_\_\_\_\_  
<sup>(1)</sup>Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

**5. COPIE DU DOCUMENT JUSTIFIANT L'IDENTITÉ DU SIGNATAIRE PRÉSENTÉE À L'APPUI DE L'AUTORISATION <sup>(1)</sup> :**

Type de document (cocher la case) :  Carte nationale d'identité  Passeport  Autre  
(Préciser : \_\_\_\_\_)<sup>(2)</sup>  
Délivré(e) le : | | | | | | | | | |  
Par (autorité de délivrance) : \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> La photocopie du document officiel justifiant de l'identité du signataire doit être lisible et comporter les nom, prénoms, date et lieu de naissance, photographie et signature du titulaire, ainsi que dates de délivrance et de validité du document, autorité de délivrance.

<sup>(2)</sup> Personne de nationalité française : carte nationale d'identité ou passeport, en cours de validité ou périmés depuis moins de 5 ans; Ressortissant de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de la Suisse : carte nationale d'identité ou passeport, délivrés par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité, ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA), en cours de validité; Ressortissant d'un pays tiers à l'Union européenne : passeport délivré par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA) ou titre d'identité et de voyage pour réfugié(e) ou pour apatride, en cours de validité.

**RAPPEL :** « La présente autorisation n'a pas pour effet de faire échec aux mesures d'opposition à la sortie du territoire (OST) ou d'interdiction de sortie du territoire (IST). Si votre enfant fait l'objet d'une mesure d'interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents, il doit justifier de l'autorisation prévue à l'article 1180-4 du code de procédure civile. »

<b>Nom de l'enfant :</b>		<b>Prénom de l'enfant :</b>			
<b>Numéro de téléphone :</b>					
<b>Année de naissance concernée*</b>					
<b>Maternelle</b>		<b>Primaire</b>		<b>Jeunesse</b>	
<input type="checkbox"/> 2016	<input type="checkbox"/> 2015	<input type="checkbox"/> 2012	<input type="checkbox"/> 2009	<input type="checkbox"/> 2007	<input type="checkbox"/> 2004
<input type="checkbox"/> 2014	<input type="checkbox"/> 2013	<input type="checkbox"/> 2011	<input type="checkbox"/> 2008	<input type="checkbox"/> 2006	<input type="checkbox"/> 2003
		<input type="checkbox"/> 2010			<input type="checkbox"/> 2005

*Attention les enfants nés en 2016 doivent avoir 3 ans révolus pour fréquenter l'A.C.M*

PÉRIODE SOUHAITÉE							
PÉRIODE				FORMULES*		PÉRI-CENTRE*	
				Formule 1 8h30 à 17h00	Formule 2 10h00 à 17h00	Péri Matin 7h30 - 8h30	Péri Soir 17h00 - 18h00
JUILLET	Semaine 1	DU 8 AU 12	5 JOURS				
	Semaine 2	DU 15 AU 19	5 JOURS				
	Semaine 3	DU 22 AU 26	5 JOURS				
AOÛT	Semaine 4	DU 29/07 AU 02/08	5 JOURS				
	Semaine 5	DU 05 AU 09	5 JOURS				
	Semaine 6	DU 12 AU 14	3 JOURS				

\*cocher les cases correspondantes

<b>Personnes à prévenir en cas d'urgence pendant la période cochée ci-dessus.</b>	Noms - Prénoms	Numéro de tel	lien avec l'enfant
<b>Autorisation repartir seul de l'A.C.M. :</b>	<input type="checkbox"/> Autorisé à repartir seul <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> non-autorisé à repartir seul</span>		
<b>Personnes autorisé(e)s à reprendre l'enfant en dehors des parents :</b>	Noms - Prénoms	Numéro de tel	lien avec l'enfant

➤ **DECLARATION DE LA OU DES PERSONNE(S) EN CHARGE DE L'ENFANT :**

Je soussigné(e).....responsable de l'enfant,  
 -Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,  
 -Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre,  
 -M'engage à rembourser les frais liés aux dégradations volontaires occasionnées par mon enfant,  
 -Déclare avoir pris connaissance du fonctionnement du centre et l'accepte dans son intégralité.  
 -Autorise les responsables des ACM de Lallaing à prendre toutes les mesures nécessaires pour mon enfant en cas d'urgence.

Fait à : ..... Le : ..... Signature : (obligatoire)

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT ANNÉE 2019-2020

NOM : .....	PRÉNOM : .....
Date de naissance : .....	<input type="checkbox"/> GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE
Lieu de Naissance : .....	

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les Accueils Collectifs de Mineurs et/ou séjours organisés par la Mairies de Lallaing.

### 1/ **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination) JOINDRE COPIE

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>OU</b> DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
<b>OU</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA VIE EN COLLECTIVITÉ. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### 2/ **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

- Suit-il un traitement quotidien ?     OUI     NON
- Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)     OUI                       NON

Si oui, joindre une copie, et le cas échéant, les médicaments correspondant (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 ET UNIQUEMENT AVEC L'ACCORD DU RESPONSABLE DU CENTRE.**

- L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si régime alimentaire particulier, précisez :

.....

- Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

- Informations concernant le régime alimentaire de l'enfant :

.....

.....

.....

.....

- Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicale (information sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?     OUI     OUI

.....

.....

.....

.....

● L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Coqueluche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Oreillons <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

**3/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARTENTS :**

ALLERGIES	OUI	NON
Port de Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enurésie nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● Autres information que vous jugez utiles de transmettre à l'équipe :

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

**4/ RESPONSABLE DU MINEURS :**

NOM ..... PRÉNOM.....

ADRESSE.....

.....

TEL DOMICILE.....TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE.....

NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT.....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à la réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'ACM et/ou du séjour à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc...) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE

SIGNATURE DU RESPONSABLE DU MINEURS

	MAIRIE DE LALLAING - SERVICE JEUNESSE ESPACE MULTIMÉDIA PLACE JEAN JAURES 59167 LALLAING 03 27 08 82 70 / 06 74 30 90 50	