

DOSSIER D'INSCRIPTION 2020-2021

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> | | | |
| SANTÉ GÉNÉRALE de l'enfant | | | |
| 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"/> non | | | |
| <i>Merci de remplir et signer dans sa totalité la fiche sanitaire de liaison recto/verso jointe au dossier</i> | | | |
| Autorisation à répartir seul | | | |
| <input type="checkbox"/> Autorisé à répartir seul | | <input type="checkbox"/> Non autorisé à répartir seul | |
| Autorisation de droit à l'image (cocher) ? <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, (<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>). | | | |
| Personnes autorisées ou interdites (acte de jugement obligatoire) à récupérer l'enfant | | | |
| 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.

Accueils Collectifs de Mineurs

DOSSIER D'INSCRIPTION 2020-2021

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 : |
| | |
| Téléphone : | Téléphone : |
| Portable : | Portable : |
| <i>Catégorie socio-professionnelle :</i> | <i>Catégorie socio-professionnelle :</i> |
| <input type="checkbox"/> artisan <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> profession intermédiaire | <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"/> ouvrier <input type="checkbox"/> cadre <input type="checkbox"/> agriculteur <input type="checkbox"/> sans profession |
| <input type="checkbox"/> autre | <input type="checkbox"/> autre |
| <i>Situation Familiale :</i> | <i>Situation Familiale :</i> |
| <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé | <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 | <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf |

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

À 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
- Attestation Employeur récente pour les deux parents qui travaillent
- 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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT ANNÉE 2020-2021

| | |
|---------------------------|--|
| 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 |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diptérie | <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 | |
| OU DT polio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | BCG | |
| OU 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 |  |
| | | |