

DOSSIER D'INSCRIPTION 2021-2022

Fiche enfant

NOM de l'enfant : PRÉNOM de l'enfant :

Adresse :
 N°: Rue : Cp - Ville :
 Date de naissance : Age :
 Genre (cocher) : Fille Garçon Nationalité :
 Régime alimentaire : Absence de régime Végétarien

Téléphone 1 : Téléphone 2 :
 Adresse Mail :
Pour nous permettre de vous envoyer, factures et informations sur les ACM

SANTÉ GÉNÉRALE de l'enfant

Allergie : oui non P.A.I. : oui non
 Asthme : oui non *si oui merci de nous le fournir*
 Diabète : oui non Traitement pendant l'ACM : oui non
 Autres : oui non
Merci de remplir et signer dans sa totalité la fiche sanitaire de liaison recto/verso jointe au dossier

Autorisation à répartir seul

Autorisé à repartir seul Non autorisé à repartir seul

Autorisation de droit à l'image (cocher) ? Oui 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, page Facebook, 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, le Blog et la page Facebook 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).

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.



Fiche Familiale

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

Adulte 1

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse si différente de l'enfant :

.....

Téléphone :

Portable :

Catégorie socio-professionnelle :
 artisan employé profession intermédiaire
 ouvrier cadre agriculteur sans profession
 autre

Situation Familiale :
 Marié Pacsé Concubinage Divorcé Séparé
 Célibataire Veuf

Adulte 2

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse si différente de l'enfant :

.....

Téléphone :

Portable :

Catégorie socio-professionnelle :
 artisan employé profession intermédiaire
 ouvrier cadre agriculteur sans profession
 autre

Situation Familiale :
 Marié Pacsé Concubinage Divorcé Séparé
 Célibataire Veuf

Régime Allocataire CAF

Régime Allocataire des parents de l'enfants :
 Général et fonctionnaire Agricole Maritime
 Autre :

Nom de l'allocataire

N° allocataire

Allocataire à la CAF du Nord : OUI - NON

Comptez-vous un ou des enfants porteurs de handicap au sein de votre foyer ? OUI NON

Si oui combien ?

Nombre d'enfants à charge :

Nombre total d'enfants :

Nombre de parts :

Quotient Familial de la CAF :

Si vous êtes allocataire de la CAF du nord, percevez-vous des prestations Sociales ou Familiales ? OUI - NON

RSA : OUI - NON

AEEH pour l'enfant inscrit à l'ACM : OUI - NON

À joindre impérativement à ce dossier lors de l'inscription

- Attestation de Paiement et Quotient Familial CAF en cours
- Un justificatif de domicile
- Attestation d'assurance en responsabilité civile extra-scolaire
- 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(e) 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 2021-2022

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 Mairie 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 RECOMMANDÉS	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	
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		
		