

**FICHE D'INSCRIPTION 2019/2020**

Accueil Collectifs des Mineurs



ENFANT
Nom : _____
Prénom : _____
<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
Date de naissance : ____/____/____
Adresse : _____ _____
École fréquentée : _____
Classe/Niveau : _____

SEJOUR
<input type="checkbox"/> 3 – 5 ans révolus
<input type="checkbox"/> 6 à 11 ans révolus
<b>Séjour :</b>
<b>Mercredis Jeunesse :</b>
<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> semestre : Centre _____
<input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> semestre : Centre _____
<b>Vacances scolaires :</b>
<input type="checkbox"/> Janvier <input type="checkbox"/> Mars <input type="checkbox"/> Juillet
<input type="checkbox"/> Octobre

FICHE FAMILLE	
<b>Responsable légal 1</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	<b>Responsable légal 2</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Profession : _____	Profession : _____
Adresse (si différente de l'enfant) : _____ _____	Adresse (si différente de l'enfant) : _____ _____
Tél : 069 _____	Tél : 069 _____
Tél : 069 _____	Tél : 069 _____
Tél : 0262 _____	Tél : 0262 _____
E.mail : _____	E.mail : _____
Situation : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Divorcé	Situation : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Divorcé
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Autre
<b>Tuteur ou autre représentant légal :</b>	
Mr/Mme/Mlle : _____	Qualité: _____
Adresse : _____	Ville : _____
Tél : 069 _____                      Tél : 0262 _____	

AUTORISATIONS PARENTALES
Je soussigné(e), ..... père – mère – représentant légal* de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur ce dossier et :
<input type="checkbox"/> Autorise les personnes nommées ci-dessous à récupérer mon enfant :
Mr ou Mme ..... Tél : ..... Lien avec l'enfant .....
Mr ou Mme ..... Tél : ..... Lien avec l'enfant .....
Mr ou Mme ..... Tél : ..... Lien avec l'enfant .....
<input type="checkbox"/> Autorise la prise en charge et l'évacuation de mon enfant vers le centre hospitalier le plus proche si nécessaire,
<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à participer aux sorties et aux activités physiques et sportives organisées par le centre,
<input type="checkbox"/> Autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre de la communication des actions de la Ville,
<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à rentrer seul,
<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à utiliser le transport en car de location,
<input type="checkbox"/> Certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des ACM et m'engage à le respecter.
A..... le.....
<b>Signature :</b>
* Rayer les mentions inutiles

## PAPIERS ADMINISTRATIFS DU CENTRE

- Assurance responsabilité civile
- Attestation de vaccination à jour établie par le médecin (obligatoire)
- Fiche sanitaire
- Projet d'accueil individualisé
- Autres : .....

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° sécurité sociale (qui couvre l'enfant) : \_\_\_\_\_

N° allocataire : \_\_\_\_\_ **QUOTIENT FAMILIAL :**

## FICHE SANITAIRE

### ALLERGIES :

MEDICAMENTEUSES  Oui  Non      ASTHME  Oui  Non  
ALIMENTAIRES  Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : \_\_\_\_\_

**REGIME ALIMENTAIRE (végétarien, sans porc, ...)** : \_\_\_\_\_

### PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (Protocole de surveillance médicale dans le cadre de l'accueil en ACM)

Mis en place à partir de \_\_\_\_\_

Les **DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation) en précisant les dates et les précautions à prendre : \_\_\_\_\_

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc. Précisez :

### MEDECIN TRAITANT

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_