


FICHE D'INSCRIPTION 2021

Accueils Collectif de Mineurs

VACANCES SCOLAIRES / MERCREDIS JEUNESSE

ENFANT	SÉJOUR
Nom :	<input type="checkbox"/> 3 - 5 ans révolus
Prénom :	<input type="checkbox"/> 6 - 11 ans révolus
Date de naissance :/...../.....	<input type="checkbox"/> VACANCES DE JUILLET/AOÛT : 19 juillet au 6 août 2021
Adresse :	CENTRE :
Code postal : 974..... Ville :	<input type="checkbox"/> VACANCES D'OCTOBRE : 11 au 21 octobre 2021
Scolarité :	CENTRE :
École fréquentée :	<input type="checkbox"/> MERCREDIS JEUNESSE : 18 août au 20 décembre 2021
Classe :	CENTRE :
Commune :	

REPRESENTANT LÉGAL	
Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	Responsable légal 2 <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 familiale : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Autre	
Autre représentant légal :	
Mr/Mme :	Qualité :
Adresse :	Ville :
Tél : 069.....	Tél : 0262.....

AUTORISATIONS
Je soussigné(e), père – mère – représentant légal* de l'enfant,
<input type="checkbox"/> Autorise les personnes majeures 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 mon enfant à participer aux sorties et aux activités physiques et sportives organisées par le centre,
Si contre-indication , précisez :
<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à utiliser le transport collectif lors des sorties,
<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à rentrer seul (concerne uniquement les enfants des centres élémentaires),
<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 la prise en charge et l'évacuation de mon enfant vers le centre hospitalier le plus proche si nécessaire,


FICHE SANITAIRE

SANTE :

Votre enfant est t-il :

- atteint d'une maladie chronique

Oui

Non

Si OUI précisez :

Conduite à tenir :

- en situation d'handicap

Oui

Non

Si OUI précisez :

Conduite à tenir :

- allergique (médicament, aliment,...)

Oui

Non

Si OUI précisez :

Conduite à tenir :

Un Projet d'Accueil Personnalisé est-il nécessaire ?

OUI

NON

Si OUI, Formulaire à renseigner.

RESTRICTION ALIMENTAIRE :

AUTRES INFORMATIONS UTILES POUR L'ACCUEIL

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

Je soussigné(e), père – mère – représentant légal* de l'enfant, déclare exact

les renseignements portés sur ce dossier.

A.....

le.....

Signature :