



# À REMPLIR ET À RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 20 / 08 / 2020

Organisateur : Mairie de St Paul Lez Durance

Année scolaire :...../.....

Service Éducation- Enfance -Jeunesse 07.84.08.57.74 / 04.42.57.40.56

Contacts mails : rizzo@stpaul.fr / mairie@stpaul.fr

## DOSSIER D'INSCRIPTION : Accueil de loisirs périscolaire / extrascolaire et temps cantine

### Renseignements concernant l'enfant (un dossier par enfant)

Photo

Nom..... Prénom .....

Né(e) le : ...../...../20.....

Sexe :  Garçon  Fille

Âge (année en cours) : .....

Adresse principale de l'enfant : .....

Classe : .....

Régime alimentaire particulier : .....

L'enfant vit chez :  Avec ses deux parents  Garde alternée (1 semaine / 1 semaine)  
 Chez le père  Chez la mère  
 Autre (précisez.....)

En cas de séparations des parents et en matière de garde du jeune, la copie du document officiel mentionnant les termes de celle-ci vous sera demandée.

Inscrit :

Garderie du matin	Garderie du soir	Temps de cantine	Accueil de loisirs (mercredi et vacances scolaires)

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Allergie ou problème médical à signaler

NON

OUI

si oui merci de préciser le plus clairement possible l'état de l'enfant et ses difficultés

En cas d'urgence, j'autorise / je n'autorise pas le médecin et l'équipe encadrante à prendre les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant : appeler les secours, suivre les directives de l'équipe de secours et/ou médicale (hospitalisation, etc...) – rayer la mention inutile



## À REMPLIR ET À RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 20 / 08 / 2020

### Renseignements concernant les responsables légaux

#### Le responsable légal 1 (lien avec l'enfant) :

Nom et prénom .....

Catégorie socio professionnelle (métier exercé au moment de l'inscription) : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

.....

Numéro de téléphone fixe : .../.../.../.../... Numéro de portable : .../.../.../.../...

Numéro de travail : .../.../.../.../... Adresse mail : .....

#### Le responsable légal 2 (lien avec l'enfant) :

Nom et prénom .....

Catégorie socio professionnelle (métier exercé au moment de l'inscription) : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

.....

Numéro de téléphone fixe : .../.../.../.../... Numéro de portable : .../.../.../.../...

Numéro de travail : .../.../.../.../... Adresse mail : .....

**QUOTIENT FAMILIAL** du foyer où vit l'enfant :

**Autorisez-vous une autre personne à venir chercher votre enfant :**

**OUI - NON (rayer la mention inutile)**

**Si oui merci de préciser ci-dessous, la personne devra se présenter avec une pièce d'identité :**

Nom et prénom				
Téléphone				
Lien avec l'enfant				

**Se présenter au portail avec une pièce d'identité**

**À RETOURNER COMPLÉTÉ ET ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES DEMANDÉES SOIT :**

- Une attestation d'assurance (mentionnant les termes extra scolaires)
- Une copie de la page de vaccination obligatoire (DTP)
- Une copie du document officiel précisant les modalités de garde de l'enfant
- Une photo (facultative)
- Une copie du PAI (si déjà établi)
- Un justificatif CAF précisant le quotient familial



# À REMPLIR ET À RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 20 / 08 / 2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFECTURE des BOUCHES du RHÔNE

Direction Départementale Déléguée de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale  
– Bouches du Rhône Accueils Collectifs de Mineurs à Caractère Éducatif

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1) MINEUR ACCUEILLI

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... GARÇON  FILLE

POIDS ET TAILLE DU MINEUR (approximative au moment de l'inscription) : .....

### 2) VACCINATIONS (le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné)

VACCINS* OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

\* rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs jusqu'à 13 ans

### 3) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

#### a) Le mineur présente-t-il des troubles de santé?

Allergies alimentaires : NON  OUI  Préciser à quoi : .....

Allergies médicamenteuses : NON  OUI  Préciser à quoi : .....

Autres allergies : NON  OUI  Préciser à quoi : .....

Asthme : NON  OUI

Diabète : NON  OUI

Epilepsie : NON  OUI

Autres : NON  OUI  Préciser : .....

b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier ? NON  OUI

Si oui, prendre le contact avec le directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI (projet d'accueil individualisé). Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec la direction.



## À REMPLIR ET À RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 20 / 08 / 2020

c) Le trouble de la santé implique –t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ?

NON

OUI

**Si oui, prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI**

d) **Autres difficultés de santé et précautions à prendre** (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération ...) :

.....  
.....

**4) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS** (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ...) :

.....  
.....

### **5) RESPONSABLE(S) DU MINEUR**

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

.....

Tel fixe et/ou portable Domicile + travail : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

.....

Tel fixe et/ou portable Domicile + travail : .....

NOM et Téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné, ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :

Signature(s) :

**Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur**

Direction Départementale Déléguée de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale des Bouches du Rhône



**À REMPLIR ET À RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 20 / 08 / 2020**

## **Autorisation parentale de diffusion des documents et photos**

### **Autorisation parentale de sorties pédagogiques**

Dans le cadre des activités et sorties réalisées sur les temps de la garderie et l'accueil de loisirs (le matin, le soir, le temps méridien, sur les journées du mercredi et sur tous les temps d'activités autres tels que les vacances scolaires et le week-end si besoin), votre enfant est susceptible d'être pris en photo. Il crée, manipule et participe à différents ateliers. Que ce soit des images fixes ou animées, des enregistrements sonores et visuels, des photos de groupe ou individuels, ou encore des créations artistiques il nous est amené à utiliser ces supports. Il nous arrive aussi de participer à des sorties pédagogiques hors de la structure.

Pour cela nous avons besoin de votre autorisation. Nous vous remercions par avance de compléter les autorisations suivantes :

#### **Photographies et enregistrements sonores et visuels :**

S'agissant de **photographies ou d'enregistrements sonores de sa voix et/ou de sa personne**, et sous réserve de préserver l'intimité de sa vie privée, vous nous autorisez sans contrepartie financière, sans limitation de durée, à reproduire et à diffuser ces photographies ou ces enregistrements pour une communication au public sur tous supports. Cette autorisation s'étend aussi sur des supports par voie d'édition d'ouvrages papier ou par représentation sur grand écran, soit directement, soit par l'intermédiaire de tous tiers ou organismes autorisés dans toute manifestation, aux fins de démonstration, information ou de promotion des réalisations de notre établissement.

#### **Créations de formes originales (dessins, écrits, sculptures, œuvres, photographies et toutes sortes de réalisations intellectuelles)**

S'agissant **des créations** que votre enfant serait amené à réaliser dans l'enceinte de notre structure, vous nous autorisez sans contrepartie financière à les utiliser, à les communiquer et à les diffuser sans limitation de durée sur tous supports et en tous formats par tous les moyens susceptibles de "capter" lesdits éléments ; y compris dans le cadre de représentations sur grand écran, soit directement, soit par l'intermédiaire de tous tiers ou organismes. D'une manière générale, dans toute manifestation aux fins de démonstration, d'information, de promotion des réalisations de notre établissement.

#### **Sorties à but pédagogique**

Dans un esprit purement éducatif, il nous arrive de sortir de la structure avec les enfants, que ce soit à pied, en bus ou bien encore en véhicule de service, j'autorise l'équipe d'encadrement préalablement déclarée à transporter et encadrer mon enfant lors de sorties ou ateliers en extérieur.

Je donne mon accord à : (compléter par oui ou par non)

- la diffusion des photographies de mon enfant .....
- la diffusion d'enregistrements sonores et visuels .....
- la diffusion de créations réalisées par mon enfant en classe .....
- L'équipe d'encadrement d'encadrer mon enfant lors de sorties et animations hors de la structure dite « la garderie, accolée à l'école »



## À REMPLIR ET À RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 20 / 08 / 2020

NOM ET PRENOM DU REPRESENTANT LEGAL

.....

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT .....

Date et Signature (*Ajouter la mention manuscrite « Lu et approuvé - Bon pour accord »*)

..... À..... , le  
.....

Le responsable légal :

- Je déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier.
- Je m'engage à signaler tout changement dans les informations transmises à ce jour
- Je déclare avoir pris connaissance du projet de service et du règlement intérieur

Nom, Prénom : .....

Le : ..... à .....

Signature obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé » :

Sous certaines conditions et notamment l'été, un certificat médical pourra vous être demandé pour la pratiques de certaines activités spécifiques (par exemple baignade)