



# À REMPLIR ET À RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 18/08/2023

Organisateur : Mairie de St Paul Lez Durance

Année scolaire : 2023 / 2024

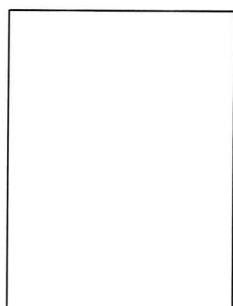
Service Éducation- Enfance -Jeunesse 07.84.08.57.74 / 04.42.57.40.56

Contacts mails : rizzo@stpaul.fr / [mairie@stpaul.fr](mailto:mairie@stpaul.fr) / [sapina@stpaul.fr](mailto:sapina@stpaul.fr)

## DOSSIER D'INSCRIPTION :

### Accueil de loisirs périscolaire / extrascolaire/espaces ados

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



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.**

Besoins prévisionnels :

Accueil du matin	Accueil du soir	Temps de cantine	Accueil de loisirs (mercredi et vacances scolaires)	Espace de devoir (le soir) * *Gestion souple sans obligation

#### 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 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...)



## À REMPLIR ET À RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 18/08/2023

### 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 :**

\*Le quotient familial est calculé 2x/an

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

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

**Si oui merci de préciser ci-dessous dans l'ordre de priorité des appels la personne devra se présenter avec une pièce d'identité :**

Nom et prénom				
Téléphone				
Lien avec l'enfant				

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

- Une attestation d'assurance (mentionnant les termes extra scolaires si vous souhaitez mettre votre enfant pendant les périodes de vacances ou les weeks ends pour le secteur ados)
- Une copie de la page de vaccination obligatoire
- 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. Si pas allocataire de la CAF fournir l'avis d'imposition



## À REMPLIR ET À RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 18/08/2023

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 » :

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la mairie de Saint-Paul-lez-Durance pour l'accueil de loisirs périscolaire et extrascolaire. La base légale du traitement est le contrat. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : service de secours si nécessaire.*

*Les données sont conservées pendant dix ans.*

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter la déléguée à la protection des données :*

*<https://www.ampmetropole.fr/form/formulaire-dpo-mutualise> Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. »*



**À REMPLIR ET À RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 18/08/2023**

## **Autorisation parentale de diffusion des documents (œuvres et dessins de votre enfant) et photos**

La prise de photos des enfants seuls ou en groupe en vue d'illustrer les activités du centre (journal de l'ALSH, magazine municipal, site internet de la collectivité) ou de diffusion de la presse locale pourra être effectuée.

Si vous vous opposez à la presse locale mais pas à la diffusion de la commune, merci de nous le

notifier : .....

Merci de cocher si vous acceptez ou non la prise de photos et la diffusion de ces dernières dans le contexte cité ci-dessus (pas de réseaux sociaux).

J'ACCEPTE QUE L'ACCUEIL DE LOISIRS PRENNE ET DIFFUSE DES PHOTOS DE MON ENFANT

JE N'ACCEPTE PAS LA PRISE DE PHOTOS ET LA DIFFUSION DE L'IMAGE DE MON ENFANT

En cas d'acceptation, merci de remplir l'autorisation ci-dessous.

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la mairie de Saint-Paul-lez-Durance pour l'accueil de loisirs périscolaire et extrascolaire.*

*La base légale du traitement est le consentement.*

*Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : presse locale.*

*Les données sont conservées pendant la durée des inscriptions ou jusqu'au retrait du consentement de votre part.*

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, retirer votre consentement, demander l'effacement ou la portabilité de vos données. Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter la déléguée à la protection des données : <https://www.ampmetropole.fr/form/formulaire-dpo-mutualise>*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. »*

*Conformément à l'article 372 du code civil, les père et mère exercent en commun l'autorité parentale.*

*Sauf cas particulier d'autorité unique, l'autorisation doit être donnée par les deux parents.*



**À REMPLIR ET À RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 18/08/2023**

**AUTORISATION DE FILMER, PHOTOGRAPHER,  
EXPLOITER ET DIFFUSER L'IMAGE D'UN ENFANT**

Je (*nous*), soussigné(s) .....

(*noms des représentants légaux*) domicilié(s)

au.....

..... (*adresse du  
domicile*)

autorise(*sons*) **l'équipe pédagogique de l'Accueil de loisirs municipal.**

- à filmer (et/ou photographeur), sans contrepartie de quelque nature que ce soit, mon enfant mineur..... (*nom et prénom*)

scolarisé pour la présente année scolaire au sein de l'Accueil de Loisirs

- et à utiliser, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, l'image de mon enfant mentionné ci-dessus aux fins d'un document : journal de l'ALSH, magazine municipal, site internet de la collectivité.

- à diffuser, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, l'image de mon enfant mentionné ci-dessus sur le site internet de la mairie (<https://stpaul.fr>)

**Cette autorisation exclut toute autre utilisation de l'image de mon enfant, notamment dans un but commercial ou publicitaire.**

Fait à....., le ..... 20.....

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « *lu et approuvé - bon pour accord* » :

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1) MINEUR ACCUEILLI

NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : .....  
 GARÇON  FILLE   
 POIDS DU MINEUR : .....

### 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 RECOMMANDÉS	Dates
Diphthérie		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 MÉDICAUX 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   
 Épilepsie : 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.**

#### 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 ...):

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

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

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

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

Adresse : .....

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

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

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

Adresse : .....

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

Tel fixe et/ou portable 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**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR : .....

COORDONNÉES DE L'ACCUEIL DE MINEURS : .....