# DOSSIER D'INSCRIPTION

# 2021/2022

***Valable du 1er septembre 2021 au 31 août 2022***

Date d'inscription :.....Faite par :.....Dossier complet : ☐ Quotient CAF :.....

***Nom de l'enfant.....***

***Prénom .....***

***Date de naissance : …. /…. /…….***

## Activité(s) concernée(s) par votre enfant

- ☐ ***Le Temps libre***
- ☐ ***Les ateliers Citoyen dans ma ville***
- ☐ ***Point Information Jeunesse***
- ☐ ***Animations jeunes + 12 ans***

## Constitution du dossier : pièces à joindre (considérées pour l'année)

- ☐ *La fiche sanitaire de liaison à la page 4.*
- ☐ *Photocopie du carnet de vaccination.*
- ☐ *P.A.I (en cas d'allergie alimentaire ou toutes particularités nécessitant un accueil individualisé).*
- ☐ *Présentation du livret de famille.*
- ☐ *Un justificatif de domicile de moins de 3 mois.*
- ☐ *Une attestation d'assurance responsabilité civile extra scolaire pour l'année en cours.*
- ☐ *Quotient familial (document CAF) de moins de 3 mois (pour les activités payantes uniquement)*

## Engagement des parents

- S'engage à payer les factures pour les activités tarifées, aucune réinscription ne sera possible s'il reste des impayés aux services de la Ville.
- S'engage à chercher l'enfant aux heures de sortie des activités,
- Certifie avoir souscrit pour l'enfant une assurance responsabilité civile et accidents,
- **J'ai noté que les inscriptions ne peuvent être ni modifiées ni annulées sauf sur présentation d'un justificatif (ex. certificat médical) à produire dans les 5 jours. Dans tout autre cas, l'activité sera facturée.**
- Certifie avoir pris connaissance du règlement lié au fonctionnement des activités du service Enfance et Jeunesse.
- Les téléphones portables sont interdits pendant les activités.

# *DOSSIER D'INSCRIPTION*
# *2021-2022*

*ENFANT :*

*Nom : ……* ☐ *Garçon* ☐ *Fille*

*Prénom : ……*

*Date de naissance : ……. / ……. / ……* *Adresse de l'enfant : ……*

*Ville : ……*

*Etablissement: : ……* *Classe : ……*

***RESPONSIBLE LEGAL 1***

☐ *Père* ☐ *Mère* ☐ *Tuteur* ☐ *Payeur (à cocher si la facture est à vous adresser)*

*Situation familiale :* ☐ *Marié* ☐ *Pacsé* ☐ *Divorcé* ☐ *Séparé* ☐ *Union libre* ☐ *Autre*

*Nom : ……* *Prénom : ……*

*Profession : ……*

*Adresse : ……* *Code postal : ……*

*Ville : ……*

*Téléphone fixe : …… / …… / …… / …… / ……* *portable : …… / …… / …… / …… / ……*

*Téléphone professionnel : …… / …… / …… / …… / ……*

*Adresse E-mail……*

***RESPONSABLE LEGAL 2***

☐ *Père* ☐ *Mère* ☐ *Tuteur* ☐ *Payeur (à cocher si la facture est à vous adresser)*

*Situation familiale :* ☐ *Marié* ☐ *Pacsé* ☐ *Divorcé* ☐ *Séparé* ☐ *Union libre* ☐ *Autre*

*Nom : ……* *Prénom : ……*

*Profession : ……*

*Adresse : ……* *Code postal : ……*

*Ville : ……*

*Téléphone fixe : …… / …… / …… / …… / ……* *portable : …… / …… / …… / …… / ……*

*Téléphone professionnel : …… / …… / …… / …… / ……*

*Adresse E-mail……*

*Y a-t-il des droits/restrictions de garde à nous communiquer ? : ……*

*……*

***AUTORISATIONS PARENTALES***

*L'enfant est-il autorisé à rentrer seul :* ☐ ***oui*** ☐ ***non***

*Personnes majeures susceptibles d'être contactées en cas d'urgence et/ou de pouvoir récupérer l'enfant (autres que les représentants légaux) :*

*Nom et prénom :……* *Téléphone :……/……/……/……/……*

- *Lien avec l'enfant :……*

*Nom et prénom :……* *Téléphone :……/……/……/……/……*

- *Lien avec l'enfant : ……*

*Nom et prénom :……* *Téléphone :……/……/……/……/……*

- *Lien avec l'enfant : ……*

***RENSEIGNEMENTS MEDICAUX***

*Nom et adresse du médecin traitant : ……*

*Régime alimentaire particulier : ……*

*Personne à prévenir en cas d'accident : ……*

*Trouble de santé (pathologies chroniques, intolérances alimentaire, allergie) : ……* ☐ ***PAI***

***→Merci de retirer le document PAI à la maison du jeune citoyen et de joindre un certificat médical et / ou une ordonnance.***

***AUTORISATIONS DIVERSES***

*Je soussigné(e) ……*

*Père, Mère, Tuteur, responsable légal de l'enfant ……*

| | ***OUI*** | ***NON*** |
|---|---|---|
| *Dans le cadre des activités de la Maison du Jeune Citoyen, votre enfant pourra être, pris en photo/filmé et sera susceptible d'apparaitre dans les différents supports de publication de la ville de Schiltigheim* | | |
| *Autorisation de transport et sortie : autorise le personnel à sortir mon enfant par un moyen de transport collectif le cas échéant.* | | |
| *Autorisation d'administration de médicament : autorise le personnel à administrer les médicaments* ***prescrits par le médecin et sur présentation d'une ordonnance****.* | | |
| *Autorisation d'urgence : autorise le personnel à prendre les mesures d'urgences nécessaires (hospitalisation, pompiers, SAMU…).* | | |
| *Autorisation de transmission d'informations : autorise la collectivité à utiliser l'adresse E-mail pour toutes correspondances relatives aux activités de la commune. (portail famille, notification de factures, informations diverses, …)* | | |

Votre enfant est-il en possession d'une pièce d'Identité valide ? ☐ *oui* ☐ *non*

**La signature du présent document engage le représentant légal à informer la municipalité de toutes modifications de renseignements ou coordonnées relatives à l'enfant.**

Fait à ……, *le …… / …… / ……*

*Mention « Lu et approuvé » suivi de la signature des responsables légaux ou du tuteur*

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

## 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---|---|---|---|---|---|
| Diphtérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| | | | | Hépatite B | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (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.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

## 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...
.....
.....
.....
.....

## 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
..... .....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
..... .....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :