

2024/2025

Valable du 2 septembre 2024 au 31 août 2025

Date d'inscription : Faite par : Dossier complet : ☐

Quotient CAF :

Nom de l'enfant

Prénom

Date de naissance : / /

Activité(s) concernée(s) par votre enfant

- ☐ **Temps libre de l'enfant**
- ☐ **Ateliers Citoyen dans ma ville**
- ☐ **Point Information Jeunesse**
- ☐ **Animations jeunes + 12 ans**
- ☐ **Stage / atelier à thème**

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

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

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 ADMINISTRATIF

2024-2025

ENFANT :

Nom :

☐ Garçon

☐ Fille

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse de l'enfant :

Ville :

Etablissement :

Classe :

RESPONSABLE 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) : ☐ **document PAI**

→ Merci 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'apparaître 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 toute modification 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

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	
Polionmyélite				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

MÉDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

Précisez :

☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non

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, énucléisme 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 actualiser 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 :