



DOSSIER INSCRIPTION FAMILLE UNIQUE

Relais Jeunesse

Du 01/09/2021 au 31/08/2022

NOM DE FAMILLE :

NOM DE FAMILLE DU PARENT RESPONSABLE :

Nombre d'enfant à charge de la famille :

TARIFS ADHÉSION:

Enfant scolarisé/habitant St Loup : 3€

Enfant extérieur : 5€

Ados 12-17 ans : 5€

Nom	Prénom	Date de naissance	École	Classe	Ulis ☐
1					
2					
3					

Représentant légal 1

Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐ Lien de parenté :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone portable : Fixe :

Adresse mail :@.....

☐ Mariée ☐ Divorcée ☐ Pacsée ☐ Concubinage

N° Allocataire CAF/ MSA : Quotient familial:

Représentant légal 2 ou Responsable de l'enfant (Famille d'accueil, ...)

Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐ Famille d'accueil : ☐

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone portable : Fixe :

Adresse mail :@.....

N° Allocataire CAF/ MSA : Quotient familial:

POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ :

Les informations personnelles recueillies dans ce formulaire sont obligatoires pour permettre l'inscription de votre enfant au service d'accueil périscolaire et extrascolaire.

Quel que soit le prestataire chargé par la commune de recueillir ces inscriptions et de gérer le service, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, et nous vous demandons de signaler tous changements de coordonnées.

Autorisations

- ☐ J'autorise mon (mes) enfant (s) âgés de 6 ans ou plus à quitter la structure seul (s) dès l'horaire de fin d'activités.
- ☐ J'autorise mon enfant à repartir avec son frère ou sa sœur âgé de + de 6 ans.
- ☐ J'autorise le personnel de l'accueil de loisirs à filmer ou photographier mon (mes) enfant (s) dans le cadre des activités et à diffuser dans le cadre de la valorisation des activités, sur le site internet et sur les réseaux sociaux de l'Association Mosaïque Lupéenne.
- ☐ J'autorise le prestataire d'animation à utiliser CAFPRO (consultation de mon Quotient Familial de la CAF).
- ☐ J'autorise mon (mes) enfant (s) à participer aux activités physiques et sportives organisées par l'accueil de loisirs.
- ☐ J'autorise mon (mes) enfant (s) à prendre le bus dans le cadre des activités proposées par l'accueil de loisirs.
- ☐ J'autorise mon (mes) enfant (s) à participer aux baignades surveillées et proposées par l'accueil de loisirs.
- ☐ Mon enfant sait nager.

Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à récupérer l'enfant à la sortie (de +15ans)

Nom :	Prénom :	A contacter en cas d'urgence :	☐
Lien avec l'enfant :		Autorisé à récupérer l'enfant :	☐
Téléphone portable :		Tél domicile :	

Nom :	Prénom :	A contacter en cas d'urgence :	☐
Lien avec l'enfant :		Autorisé à récupérer l'enfant :	☐
Téléphone portable :		Tél domicile :	

Renseignements enfant 1

Ados ☐

Portable :

Nom :Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : F ☐ M ☐

Régime alimentaire particulier : ☐ sans viande ☐ sans porc ☐ autre :

Allergies / Problèmes ou traitements médicaux :

Suivi MDPH : Oui ☐ Non ☐ en cours ☐

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours Oui ☐ Non ☐

(Joindre les documents ainsi que le matériel nécessaire)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

Indiquez les particularités alimentaires ou autres difficultés de santé en précisant les conduites à tenir:

Asthme :

Allergie alimentaire :

Allergie médicamenteuse :

Autre :

Informations complémentaires

Votre enfant porte-t-il des lentilles : Oui ☐ Non ☐

Des lunettes : Oui ☐ Non ☐

Des prothèses auditives : Oui ☐ Non ☐

Des prothèses ou appareil dentaire : Oui ☐ Non ☐

Autre :

Renseignements enfant 2 Ados ☐ Portable :

Nom :Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : F M

Régime alimentaire particulier : sans viande sans porc autre :

Allergies / Problèmes ou traitements médicaux :

.....

Suivi MDPH : Oui ☐ Non ☐ en cours ☐

P.A.I (Projet d’Accueil Individualisé) en cours Oui ☐ Non ☐

(Joindre les documents ainsi que le matériel nécessaire)

.....

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

Indiquez les particularités alimentaires ou autres difficultés de santé en précisant les conduites à tenir:

Asthme :

Allergie alimentaire :

Allergie médicamenteuse :

Autre :

Informations complémentaires

Votre enfant porte-t-il des lentilles : Oui ☐ Non ☐

Des lunettes : Oui ☐ Non ☐

Des prothèses auditives : Oui ☐ Non ☐

Des prothèses ou appareil dentaire : Oui ☐ Non ☐

Autre :

Renseignements enfant 3 Ados ☐ Portable :

Nom :Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : F ☐ M ☐

Régime alimentaire particulier : sans viande sans porc autre :

Allergies / Problèmes ou traitements médicaux :

Suivi MDPH : Oui ☐ Non ☐ en cours ☐

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours Oui ☐ Non ☐

(Joindre les documents ainsi que le matériel nécessaire).

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

Indiquez les particularités alimentaires ou autres difficultés de santé en précisant les conduites à tenir:

Asthme :

Allergie alimentaire :

Allergie médicamenteuse :

Autre :

Informations complémentaires

Votre enfant porte-t-il des lentilles : Oui ☐ Non ☐

Des lunettes : Oui ☐ Non ☐

Des prothèses auditives : Oui ☐ Non ☐

Des prothèses ou appareil dentaire : Oui ☐ Non ☐

Autre :

 Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exactes des renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendes nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Aucun traitement médical ne pourra être administré à votre enfant sans ordonnance récente et sans autorisation écrite du médecin.

Date :/...../.....

Signature :