



Accueil de Loisirs
Petites Vacances - HIVER
Année scolaire 2020/2021

Nom de l'enfant :

.....

Prénom de l'enfant :

.....

Date de naissance :

.....

Age :

.....

Inscription

Semaine 1 du 22 au 26 février : / Semaine 2 du 1 au 5 mars :

Autorisation à quitter la structure seul : OUI / NON

Si oui précisez l'heure :

Droit à l'image (pour diffusion sur les supports municipaux) :

Support numérique : OUI / NON

Support papier : OUI / NON

Les données renseignées au sein du présent formulaire font l'objet d'un traitement automatisé soumis à la réglementation relative à la protection des données personnelles. La commune de Velleron en sa qualité de responsable de ce traitement a pris toutes les mesures adéquates pour garantir le respect de ces obligations. Pour plus d'information sur la politique générale relative à la sécurité des données personnelles déployée au sein de la commune de Velleron, une notice d'information exhaustive est disponible à l'accueil de la commune ou sur son site internet. Toute information complémentaire pourra également être obtenue auprès du délégué à la protection des données de la commune, Mme Audigier joignable au 04 90 20 00 71 ou dpd@velleron.fr.

Je complète les critères d'inscription :

Cocher les cases validées

Mon enfant est scolarisé à Velleron

Mon enfant est domicilié à Velleron

(un justificatif de domicile de moins de 3 mois :

- facture d'électricité, de gaz ou d'eau,

Ou - facture de téléphone fixe,

Ou - avis d'impôt,

Ou - assurance habitation,

Ou - quittance de loyer)

Ces deux parents travaillent ou le parent qui travaille dans le cadre d'une famille monoparentale

durant la période d'inscription

(Je fournis une attestation employeur)

Attestation CAF ou MSA avec montant de votre quotient familial

Attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire de l'année scolaire en cours

Photocopie des vaccinations (carnet de santé ou attestation du médecin)

DÉCLARATION DU CHEF DE FAMILLE

À remplir pour chaque enfant.

ATTENTION : Tout dossier incomplet ne pourra être traité.

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom (en majuscules) :

Prénom :

Sexe : M ou F

Date de naissance :...../...../.....

Âge au 1^{er} jour de présence de l'enfant :

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE DE L'ENFANT

Responsable légal (e) de l'enfant :

Parent séparé : OUI / NON

Si oui, merci d'indiquer l'adresse du parent qui a la garde de l'enfant, et si garde alternée de préciser les 2 adresses, et transmettre copie de la décision de justice si tel est le cas.

Adresse 1 :

.....

Adresse 2 :

.....

Tél. domicile :

Tél. travail mère :

Tél. Port. Mère :

Tél. Travail père :

Tél. Port père:

Adresse e-mail :

N° de Sécurité Sociale :

Compagnie d'assurance de l'enfant :

N° de police :

AUTORISATION DES PARENTS

Je soussigné (e) :

Père, Mère, représentant légal de l'enfant :

J'autorise également de façon permanente les personnes suivantes à venir chercher l'enfant :

.....Tél. :

.....Tél. :

.....Tél. :

.....Tél. :

Obligation de fournir une autorisation écrite en cas de personne non inscrite, avec copie de la pièce d'identité.

Uniquement pour les parents séparés :

Pour la facturation, merci d'indiquer l'adresse correspondante :

.....
.....

Fait à Velleron le

Signature

Mairie de Velleron
Accueil de loisirs Petites Vacances

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	L'ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

JOINDRE OBLIGATOIREMENT COPIE DES PAGES CORRESPONDANTES DU CARNET.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs? Oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

À titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....
INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....
.....
3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél / Portable / Domicile :

Nom + Tél du Médecin traitant :

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues 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.

Date :

Signature :