



Service animation jeunesse
Accueil collectif de mineurs
Commune de Duttlenheim



Dossier individuel d'inscription

Juillet 2021 à Juin 2022

Renseignements concernant l'enfant

Nom : Prénom : Sexe : F M
Né(e) le : __/__/____ Lieu de naissance
Adresse : N°... Rue
CP Ville Classe à la rentrée :
N° Allocataire CAF : N° Sécurité Sociale : __/__/__/__/____/____/____/____/____
(de la personne qui couvre l'enfant)

Responsables légaux de l'enfant :

Père

Nom/Prénom :
Adresse :
.....
① domicile : __/__/__/__/____/____/____
Portable : __/__/__/__/____/____/____
E-mail :
Employeur :
① Professionnel : __/__/__/__/____/____/____

Mère

Nom/Prénom :
Adresse :
.....
① domicile : __/__/__/__/____/____/____
Portable : __/__/__/__/____/____/____
E-mail :
Employeur :
① Professionnel : : __/__/__/__/____/____/____

Situation de famille : célibataire union libre Pacsé(e) Marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

Périscolaire

- Accueil du matin** de 7h30 à 7h50
Lundi – Mardi – Jeudi - Vendredi
(rayez le ou les jours dont vous n'avez pas besoin)
- Midi** : Lundi – Mardi – Jeudi - Vendredi
(rayez le ou les jours dont vous n'avez pas besoin)
ou
- Midi Occasionnel**
Préciser la fréquence :
(Ex : 1x mois ; exceptionnelle ; etc...)
- Soir à partir de 15h45**
Lundi – Mardi – Jeudi - Vendredi
(rayez le ou les jours dont vous n'avez pas besoin)

(cocher la ou les formules retenues)

Vacances

suis intéressé(e) par :

- Juillet 2021
 Août (23-24-25-26-27-30-31)
 Toussaint (1^{ère} semaine)
 Hiver (1^{ère} semaine)
 Printemps (1^{ère} semaine)

(cocher la ou les périodes susceptibles de vous intéresser)

**L'inscription pour les vacances se fait
au moins 1 mois avant l'évènement
au moyen des fiches complémentaires disponibles
sur le site www.duttlenheim.fr**

Toutes les informations fournies sont confidentielles et à usage exclusif de la commune.
Toutes informations demandées, non complétées pourront entraîner le refus du dossier d'inscription.

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e),.....(1), père / mère

Autorise mon enfant à participer aux activités, sorties et diverses animations organisées par l'accueil périscolaire ou l'accueil de loisirs de la Commune de Duttlenheim.

Autorise les responsables à faire appel aux services d'urgences et à faire donner à mon enfant les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires, le cas échéant.

Médecin traitant: Dr de ☎: _/ _/ _/ _/ _/

Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Nom & Prénom	Qualité (ex. grand-père)	Téléphone
.....	_/ _/ _/ _/ _/
.....	_/ _/ _/ _/ _/
.....	_/ _/ _/ _/ _/
.....	_/ _/ _/ _/ _/
.....	_/ _/ _/ _/ _/
.....	_/ _/ _/ _/ _/

Autorise mon enfant (2)..... à quitter seul la structure, sous ma responsabilité à partir de _ _ heures.

Autorise gracieusement la publication d'images de mon enfant sur les supports de communication tel que bulletin communal - site Internet de la commune - article de presse qui auront été prises lors de sa participation aux activités organisées par le centre et la commune.

Pièces obligatoires à joindre au dossier :

- Attestation d'assurance (RC Individuelle accident)
- Photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé
- Copie du jugement en cas de séparation si contraintes spécifiques de garde

Compagnie d'assurance: N° police d'assurance

Informations ou remarques éventuelles :

Port de lunettes Port d'un appareil dentaire Port d'un appareil auditif

Repas végétarien Repas spécifique à préciser :

Je soussigné(e) (1) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte tous les termes.

Fait à le.....

(1) Nom et prénom du signataire, représentant légal de l'enfant

(2) Nom et prénom

cocher les cases souhaitées

Signature

Le projet éducatif et le règlement de fonctionnement sont à votre disposition en mairie : 03.88.48.23.81

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....