



Dossier d'inscription

ALP - ALSH – SEJOURS

Ville de Pézenas

DOSSIER FAMILLE 2019-2020

NOM :

NOM / PRENOM(S) DES ENFANTS

1:

2:

3:

.....

.....

.....

PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PHOTO (1 par enfant) | <input type="checkbox"/> CARNET DE SANTE |
| <input type="checkbox"/> DOSSIER CI-JOINT REMPLI | <input type="checkbox"/> CERTIFICAT MEDICAL (DANS LE DOSSIER) |
| <input type="checkbox"/> REGLEMENTS INTERIEURS | <input type="checkbox"/> LIVRET DE FAMILLE |
| <input type="checkbox"/> ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE | <input type="checkbox"/> CERTIFICAT SCOLAIRE (ENFANT DE MOINS DE 3 ANS) |
| | <input type="checkbox"/> DEMANDE DE CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DES DONNEES |

PIECES A FOURNIR POUR LA TARIFICATION (Service Régie)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ATTESTATION DROIT CAF | <input type="checkbox"/> JUSTIFICATIF DOMICILE - DE 3 MOIS (EAU-GAZ-ELECTRICITE) |
|--|--|

Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, la Mairie de Pézenas s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes, quels qu'ils soient, conformément au RGPD (Règlement Général de la Protection des Données).

CENTRE DE LOISIRS 04.67.90.74.05 - centre.loisirs@ville-pezenas.fr- REGIE 04.67.90.41.16

FAMILLE

Civilité : Nom de Famille :

Adresse :
.....
.....

Situation familiale :

Fixe 1 : Fixe 2 :

Mobile 1 : Mobile 2 :

Fax 1 : Fax 2 :

Mail 1 :

Mail 2 :

Régime : Général MSA Autres(*Précisez*) : Nbr. Total d'enfant : Nbr. d'enfant à charge :

Liste rouge :	
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

PÈRE OU RESPONSABLE 1

Nom / Prénom :

Né le :/...../..... à Dept. Nationalité

Adresse :
.....
.....

Profession : N° S.S :

Adresse Pro. :

.....

Fixe 1 : Fixe 2 :

Mobile 1 : Mobile 2 :

Fax 1 : Fax 2 :

Mail 1 :

Mail 2 :

N° Allocataire :

Liste rouge :	
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

MÈRE OU RESPONSABLE 2

Nom / Prénom :						
Né le :/...../.....		à Dept. Nationalité				
Adresse :						
.....						
.....						
Profession :		N° S.S :				
Adresse Pro. :						
.....						
Fixe 1 :	Fixe 2 :	<table border="1"><tr><td>Liste rouge :</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Oui <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Non</td></tr></table>	Liste rouge :	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non
Liste rouge :						
<input type="checkbox"/>						
Oui <input type="checkbox"/>						
Non						
Mobile 1 :	Mobile 2 :					
Fax 1 :	Fax 2 :					
Mail 1 :						
.....						
Mail 2 :						
.....						
N° Allocataire :						

ENFANT 1

Nom / Prénom :

Sexe : Fille

Garçon

Né(e) le :/...../..... Age :

Lieu de naissance :

Scolarité - Etablissement fréquenté :

Assurance : N° de Police :

MEDECIN TRAITANT

Nom / Prénom :

Téléphone :

ALLERGIE(S) :

.....

REGIME ALIMENTAIRE :

.....

ANTECEDENTS MEDICAUX :

.....

MALADIE :

.....

PORTEUR DE LUNETTES OU D'APPAREIL MEDICAUX DE TOUTES SORTES :

.....

ENFANT 2

Nom / Prénom : Sexe : Fille Garçon

Né(e) le :/...../..... Age : Lieu de naissance :

Scolarité - Etablissement fréquenté :

Assurance : N° de Police :

MEDECIN TRAITANT

Nom / Prénom : Téléphone :

ALLERGIE(S) :

REGIME ALIMENTAIRE :

ANTECEDENTS MEDICAUX :

MALADIE :

PORTEUR DE LUNETTES OU D'APPAREIL MEDICAUX DE TOUTES SORTES :

ENFANT 3

Nom / Prénom : Sexe : Fille Garçon

Né(e) le :/...../..... Age : Lieu de naissance :

Scolarité - Etablissement fréquenté :

Assurance : N° de Police :

MEDECIN TRAITANT

Nom / Prénom : Téléphone :

ALLERGIE(S) :

REGIME ALIMENTAIRE :

ANTECEDENTS MEDICAUX :

MALADIE :

PORTEUR DE LUNETTES OU D'APPAREIL MEDICAUX DE TOUTES SORTES :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant..... Né(e) le

..... à

Il ou elle ne présente aucune affection contagieuse.

Il ou elle est apte à pratiquer des activités :

- Physiques et Sportives.

Il ou elle est à jour de ses vaccinations obligatoires.

Le/...../.....

Signature et Tampon du médecin



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant..... Né(e) le

..... à

Il ou elle ne présente aucune affection contagieuse.

Il ou elle est apte à pratiquer des activités :

- Physiques et Sportives.

Il ou elle est à jour de ses vaccinations obligatoires.

Le/...../.....

Signature et Tampon du médecin



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant..... Né(e) le

..... à

Il ou elle ne présente aucune affection contagieuse.

Il ou elle est apte à pratiquer des activités :

- Physiques et Sportives.

Il ou elle est à jour de ses vaccinations obligatoires.

Le/...../.....

Signature et Tampon du médecin



AUTORISATIONS



1. Autorise les directeurs des Accueils de Loisirs à prodiguer un traitement anti-poux **en séjour** en cas de nécessité :
 OUI NON
2. Autorise les directeurs des Accueils de Loisirs à prodiguer une pommade contre les brûlures en cas de nécessité ou de l'huile essentielle en cas de piqûres :
 OUI NON
3. Autorise mon enfant, à participer aux activités physiques et sportives (Initiation & Découverte) organisées par les Accueils de Loisirs :
 OUI NON
4. En cas de maladie et d'accident, j'autorise les directeurs à faire intervenir les services d'urgences (SAMU - Pompiers). Le médecin décidera alors, s'il y a lieu, d'hospitaliser et de prodiguer les soins appropriés à mon enfant :
 OUI NON
5. Autorise les directeurs et l'équipe d'animation à prendre mon enfant en photo ou le filmer dans le cadre des animations et à diffuser son image sur papier, Facebook et le site de la Ville de Pézenas :
 OUI NON
6. Autorise le directeur de l'**Accueil de Loisirs** (ALP, ALSH, Séjours) à laisser mon enfant sortir seul :
 OUI NON

SI NON, j'autorise les directeurs des structures à laisser mon enfant sortir avec les personnes* suivantes :

NOM & PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

Je m'engage à prévenir les directeurs de tout changement concernant les renseignements contenus dans le dossier d'inscription.

Fait à Pézenas, le/...../.....

Signature du (des) responsable(s) légal(aux)