

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 SUIT IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE (hors allergie)/ PRÉCISEZ (ex: sans porc, sans viande, etc.)

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- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

N° DE SECURITE SOCIALE.....

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

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

Je soussignée,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

DOSSIER D'INSCRIPTION AUX ACCUEILS DU SERVICE JEUNESSE

Valable du 1^{er}/09/2023

Au 31/08/2024

Nom de l'enfant : _____ Prénom _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ à : _____

Scolarisé(e) sur la commune: oui non

Ville : _____ Etablissement : _____ Classe _____

Responsable(s) légal(aux) souhaitant inscrire l'enfant: _____

N° rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel domicile ____ / ____ / ____ / ____ portable : ____ / ____ / ____ / ____

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES	PÈRE	MÈRE
PROFESSION :		
ADRESSE ET N° DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR		
N° ALLOCATAIRE CAF		

Êtes-vous titulaire de l'attestation temps libre vacances (62) oui non

Situation familiale : marié(e), pacsé(e), veuf (ve), vie maritale, divorcé(e), séparé(e), ou famille recomposée

Nombre d'enfants dans la famille : _____ Ages : ____ / ____ / ____ / ____

J'accepte de recevoir les factures par mail et m'engage à régulariser dès réception:

Adresse e-mail _____ @ _____

J'accepte que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées, exploitées et traitées pour les événements liés au service jeunesse.

Meurchin le: _____

Signature : _____

