



Ville de
Marsillargues
Pôle Jeunesse

INSCRIPTION
ALP & TAP & RESTAURANT MUNICIPAL

ANNEE SCOLAIRE 2016-2017

ENFANT(s)

NOM /Prénom : _____
Date de naissance : ___/___/_____
Classe rentrée 2016 : _____

NOM /Prénom : _____
Date de naissance : ___/___/_____
Classe rentrée 2016 : _____

NOM /Prénom : _____
Date de naissance : ___/___/_____
Classe rentrée 2016 : _____

PARENTS

Nom et prénom du représentant légal : _____

NOM et prénom du PERE

NOM et prénom de la MERE

Adresse :

Adresse :

Profession _____

Employeur _____

Tél. domicile ___/___/___/___/___

Tél. portable ___/___/___/___/___

Tél. travail ___/___/___/___/___

Email _____

Situation de famille : célibataire - union libre - mariés - séparé(e) - divorcé(e) - veuf(ve) (1)

N° Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant : ___/___/___/___/___/___/___

Organisme :

N° Allocataire C.A.F ou MSA : _____

Quotient familial _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CANTINE :

Votre enfant a-t-il un traitement médical particulier ?.....(Précisez oui ou non)

Type de traitement :

Joindre un certificat médical.

Information : les médicaments sont interdits sur les sites de restauration scolaire et les surveillants ne sont pas habilités à administrer un médicament quelconque (aspirine, sirop etc.) aux enfants.

Votre enfant a-t-il une allergie alimentaire nécessitant un P.A.I. (Projet Alimentaire Individualisé)

Préciser laquelle :

Joindre un certificat médical.

Je soussigné(e),Père, Mère ou Tuteur **ATTESTE** sur l'honneur que mon enfant n'a aucune contre indication médicale à prendre ses repas en collectivité au restaurant municipal et m'engage à signaler tout problème de santé survenant au cours de l'année scolaire.

AUTRES :

AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE :

Je soussigné(e)..... responsable légal de(s)
l'enfant(s)..... autorise le personnel de l'ALP/TAP à prendre toute
disposition d'urgence pour mon (mes) enfant(s), tout en m'informant sans délai.



Merci de nous signaler tout changement d'adresse ou de téléphone

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ALP, le TAP et la Cantine

1/Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (uniquement les personnes MAJEURES):

Nom Prénom.....tél.....Lien avec l'enfant.....

Nom Prénom.....tél.....Lien avec l'enfant.....

Nom Prénom.....tél.....Lien avec l'enfant.....

Nom Prénom.....tél.....Lien avec l'enfant.....

Nom Prénom.....tél.....Lien avec l'enfant.....

Nom du médecin de famille :tél.....

1/Je soussigné(e).....Père, Mère ou Tuteur **AUTORISE**
mon/mes enfant(s) à participer à toutes les activités et autorise le Responsable à prendre
toutes les mesures nécessaires en cas de maladie ou d'accident.

2/Je soussigné(e),Père, Mère ou Tuteur
consens à la réalisation et à la prise de vue d'images sur lesquelles mon ou mes enfant(s)
apparaît ou apparaissent.

Cette inscription vaut adhésion aux règlements intérieurs (ALP/TAP et cantine)

A

A

Le.....

Le.....

Le Père

Signature

La mère

Signature

Le dossier d'inscription comprendra les documents suivants :

✓ **Le pôle jeunesse ne fait pas les photocopies.**

- Justificatif de domicile récent (original et photocopie)
- Attestation d'assurance scolaire 2016-2017 (original et photocopie)
- Dernière NOTIFICATION DE DROITS de la CAF ou MSA mentionnant le quotient familial (original et photocopie)
- La carte des bons loisirs si ayant droit (original et photocopie)
- Pages vaccination carnet de santé de l'enfant -Vaccins à jour (original et photocopie)
- Livret de famille (original et photocopie)
- Carte VITALE Sécurité Sociale (original et photocopie)
- **Un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive (UNIQUEMENT POUR LES TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES)**

***Seuls les dossiers complets seront traités.**

***A défaut d'attestation mentionnant le quotient familial, le tarif le plus élevé sera appliqué.**



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SI
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDU

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS
Diphtérie				Hépatite B
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole
Poliomyélite				Coqueluche
Ou DT polio				Autres (préciser)
Ou Tétracoq				
BCG				

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments**
emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION 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, DES APPAREILS ORTHOPÉDIQUES, DES PROTHÈSES DE LA MAIN ? 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
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue
l'enfant.*

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILIAIRES



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS
Diphthérie				Hépatite B
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rouge
Poliomyélite				Coqueluche
Ou DT polio				Autres (préciser)
Ou Tétracoq				
BCG				

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments** d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME
---------	-----------	--------	------------

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

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