Ville d'Hulluch

DOSSIER D'INSCRIPTION ENFANCE - JEUNESSE 20_ _/20_ _

Pour mieux connaître votre enfant, être au plus près de vos préoccupations afin d'agir efficacement en cas de problème, nous vous remercions de bien vouloir compléter très précisément ce document.
Sans cette formalité, votre enfant ne pourrait être accepté aux différents accueils.

ENFANT :

❑ FILLE ❑ GARÇON

NOM:_____PRÉNOM :_____ DATE DE NAISSANCE:__/__/____

L'ENFANT EST IL AUTORISÉ À REPARTIR SEUL : OUI ❑ NON ❑

SI NON PRÉCISEZ LA PERSONNE :_____

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE RESPONSABLES LÉGAUX

MÈRE __/__/__/__/__ PÈRE __/__/__/__/__ AUTRE __/__/__/__/__

ACTIVITÉ ENFANCE / JEUNESSE	CONDITION D'ÂGE	CHOIX
ACCUEIL PÉRISCOLAIRE (GARDERIE)	SCOLARISÉ Ecole : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Classe/Section: _ _ _ _ Enseignant : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
MERCREDI	3 - 12 ANS	
CLSH	3 - 12 ANS	
CAJ	11 - 17 ANS	

PERSONNES AYANT LA RESPONSABILITE DE L'ENFANT

❑ Père ❑ Mère ❑ Autre précisez:_____

❑MARIÉ(E) ❑PACSÉ(E) ❑ DIVORCÉ(E)* ❑CÉLIBATAIRE ❑ SÉPARÉ(E) * ❑VEUF(VE) ❑UNION LIBRE .

***précisez si un mode de garde a été mise en place et nous joindre le document :** ❑**OUI** ❑ **NON**

ADRESSE :_____CODE POSTAL :_____VILLE :_____

PROFESSION MÈRE :_____ PROFESSION PÈRE :_____

_ _/_ _/ _ _/_ _/_ _ (_ _/_ _/ _ _/_ _/_ _

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ (*HORMIS LES PARENTS*) :

Nom :_____Prénom :_____

Adresse :_____Code postal :_____

_ _/_ _/ _ _/_ _/_ _ (_ _/_ _/ _ _/_ _/_ _

En qualité de :

❑ Grand Mère ❑ Grand Père ❑ Tante ❑Oncle ❑Ami(e) ❑autre précisez: _____

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant porte-t-il des lentilles ? ❑ **Oui** ❑ **Non**

L'enfant porte-t-il des lunettes ? ❑ **Oui** ❑ **Non**

Non L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ? ❑ **Oui** ❑ **Non**

L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ? ❑**Oui** ❑**Non**

INFORMATION QUE VOUS JUGERIEZ UTILES :

Exemples: Allergies, régime alimentaire particulier

_____

_____

_____

_____

_____

INFORMATION DIVERSES

FACTURATION :

Adresse : _____

Email : :_____@:_____

Déclaration de revenus :❑ < de 30000€ (*transmettre une copie de votre déclaration de revenus*)
❑ > de 30000€

Numéro allocataire CAF : _____

Bénéficiaire des ATL : ❑ oui ❑non
(joindre l' attestation CAF d'Aide aux temps libres si vous êtes bénéficiaire)

Numéro de matricule de l'assuré (MSA) : :_____

Assurance : Compagnie : :_____N° d'adhésion : :_____

N° de sécurité sociale : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|

Je, soussigné(e), M_____ responsable légal de l'enfant atteste avoir pris connaissance des modalités générales de fonctionnement et d'organisation des différents services et transmis l'ensemble des documents nécessaires à l'inscription de mon enfant.

- J'autorise l'équipe pédagogique à prendre toutes les mesures jugées utiles en cas d'accident mineur ou majeur et, si nécessaire, à faire transférer mon enfant au centre hospitalier par les sapeurs pompiers ou smur. L'équipe s'engage à me prévenir dans les délais les plus brefs de toutes situations (fièvre, suspicion de maladie, accident mineur et majeur...)
-
- J'autorise l'équipe d'animation à faire appliquer par l'enfant la crème solaire achetée à la pharmacie ou parapharmacie par nos services.
- J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées par le service d'accueil municipal sur la commune et à l'extérieur. L'équipe s'engage à me prévenir par tract, voie d'affichage ou par téléphone des sorties.
- J'autorise la photographie de mon enfant durant les temps d'activités et autorise la municipalité:
  - A utiliser les photographies à des fins non commerciales (hulluch 2001)
  - A utiliser sur les réseaux sociaux de la ville

❑ NON JE N'AUTORISE PAS QUE MON ENFANT SOIT PHOTOGRAPHIE.

Conformément à la loi de protection des données personnelles du 25 mai 2018, j'accepte et autorise à ce que les données mentionnées ci-dessus ne soient utilisées que par le personnel communal dans le cadre des activités périscolaire et extrascolaire (Garderie, MERCREDI, CLSH, CAJ) de la ville pour l'année en cours. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de déréférencement. Ces données seront conservées pendant une durée de trois ans avant leur destruction.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date : _ _/_ _/_ _ _ _

DOCUMENT À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT :

Nom: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ *Prénom:* _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ *Date de naissance :* _ _/_ _/_ _ _

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

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

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

2. - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non si oui veuillez nous fournir le PAI
☐ AUTRES _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

Merci de joindre l'ordonnance autorisant l'administration du traitement le cas échéant.

_ _

_ _

_ _

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	**Rougeole**	**Oreillons**	**Rhumatisme articulaire aigu**	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre,** s'il y a lieu.

_ _

_ _

_ _

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? Non ☐ Occasionnellement ☐ Oui ☐
S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? Non ☐ Oui ☐

CERTIFICAT MÉDICAL:

Je soussigné(e), _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _Docteur en médecine, certifie avoir examiné M/Mme _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Né(e) le _ _/ _ _/ _ _ _ _

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique des activités de loisirs, de plein air et sportifs y compris le ski **(si contre indication spécifique, précisez) :**

Avis du médecin : _

- **Est apte à la vie en collectivité.**
- **Est en règle avec les obligations vaccinale prévues par la loi au vu de son carnet de santé .**
- **Ne présente actuellement aucun signe d'affection contagieuse .**

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres .

A . . . . Le _ _/_ _/_ _ _ _ Signature et cachet du médecin

PIÉCES À FOURNIR

	A REMPLIR PAR L'ADMINISTRATION
CE DOSSIER UNIQUE ET REMPLI ET SIGNÉ	
PHOTOCOPIE DE CARTE D'IDENTITÉ EN COURS DE VALIDITÉ (UNIQUEMENT POUR UNE INSCRIPTION AU CAJ)	
PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION DE L'ENFANT	
CERTIFICAT MÉDICAL COMPLÉTÉ ET SIGNÉ PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT	
AUTORISATION DE SORTIE DE TERRITOIRE (DOCUMENT À INTÉGRER DANS LE DOSSIER)	
PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE	
PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DE SÉCURITÉ SOCIALE PHOTOCOPIE DE LA CARTE DE MUTUELLE OU CMU	
BREVET DE NATATION (25 M) ET TEST PRÉALABLE À LA PRATIQUE DES ACTICITÉS AQUATIQUES ET NAUTIQUES EN CENTRE ATTRIBUÉ EN PISCINE.	
NOTIFICATION D'AIDE AU TEMPS LIBRE	
PHOTOCOPIE DU PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ SI EXISTANT	

Ville d'Hulluch

ALLOCATIONS FAMILIALES
Caf
du Pas-de-Calais