

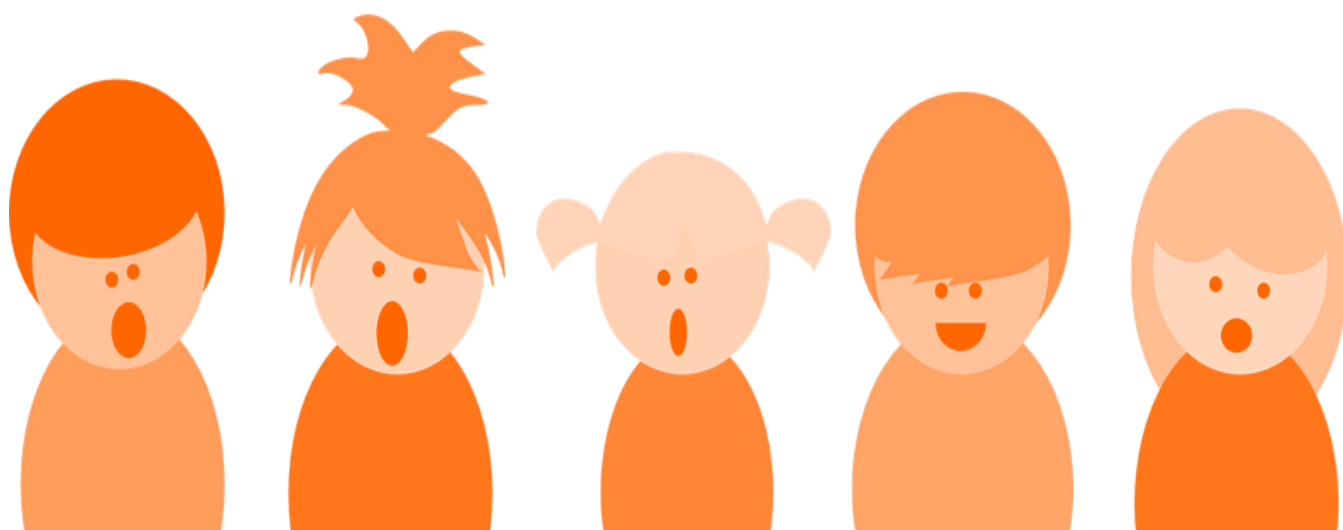


Centre Communal d'Action Sociale  
Service Animation Enfance Jeunesse  
1 Rue Victorin Maurel  
04 160 CHÂTEAU-ARNOUX-SAINT-AUBAN  
04 92 31 29 35 - saej@mairie-casa04.fr

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## 2019-2020

### Service Animation Enfance et Jeunesse

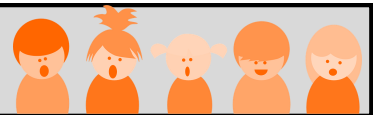


Cadre réservé au SAEJ :

Dossier enregistré le :

Par :

# Le foyer :



## Composition

	Adulte 1 Responsable légal <input type="checkbox"/>	Adulte 2 Responsable légal <input type="checkbox"/>
Nom		
Prénom		
Lien de parenté		
Téléphone portable		
Profession		
Employeur		
Tel employeur		

Adresse : .....

Téléphone fixe : .....

Mail (pour informations et Portail Familles) : .....

Situation familiale actuelle :  Marié(e)  PACS  Concubinage  Célibataire   
Divorcé (e)  Autre : ..... Nombre d'enfant(s) à charge : .....

### Régime allocataire :

CAF  MSA

N° Allocataire : .....

Autorisation d'accès au portail  
partenaire :

OUI  NON

## Autorisations

### Personnes habilitées à venir chercher votre (vos) enfant (s) en dehors des responsables légaux:

Nom : ..... Tel : ..... Lien : .....

Nom : ..... Tel : ..... Lien : .....

Nom : ..... Tel : ..... Lien : .....

Nom : ..... Tel : ..... Lien : .....

Nom : ..... Tel : ..... Lien : .....

Nom : ..... Tel : ..... Lien : .....

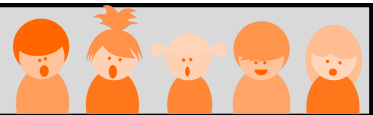
### AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) M / Mme ..... déclare exacts les renseignements portés sur le dossier enfant famille et m'engage à informer le service de toute modification au cours de l'année. J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise mon / mes enfants à prendre part à toutes les activités et sorties organisées par le Service Animation Enfance Jeunesse de Château Arnoux-Saint-Auban. J'ai pris connaissance et accepte les règlements intérieurs de l'accueil de loisirs et périscolaire et du restaurant scolaire, et m'engage à les respecter. J'ai été informé que le Centre Communal d'Action Sociale dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement la gestion des inscriptions aux différents services qu'il propose. Ces informations collectées sont réservées à l'usage exclusif du service concerné.

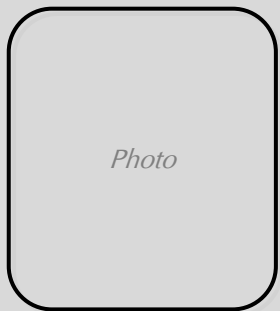
Date :

Signature des deux responsables légaux - Mention « Lu et approuvé » :

# Les enfants :



Nom	
Prénom	
Date de naiss.	
Age	
Ecole	
Classe	
Régime Alimentaire	<input type="checkbox"/> Repas protidique avec viande <input type="checkbox"/> Repas protidique sans viande <input type="checkbox"/> Allergie alimentaire ➔



**P.A.I. ou autres recommandations médicales :**

.....

.....

.....

.....

.....

**Médecin Traitant :**

Tel :

Ville :

L'enfant a-t'il un suivi médical ?

.....

.....

**Dates des vaccinations :**

DT Polio		BCG	
Dernier Rappel		Test BCG	
Coqueluche		ROR	
Hépatite B		Autre	

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

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Rhumatisme Articulaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autorise mon / mes enfant (s) à rentrer seul (es) après les activités :

OUI  NON

Autorise mon / mes enfant (s) à participer aux sorties de groupe :

OUI  NON

Autorise mon / mes enfant (s) à être transporté :

OUI  NON

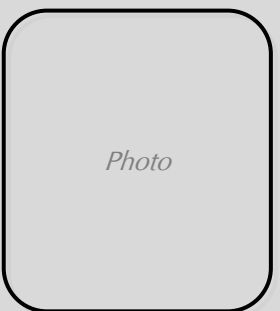
Autorise mon / mes enfant (s) à participer aux activités aquatiques dont la baignade :

OUI  NON

Autorise le CCAS à utiliser et diffuser des photos et/ou vidéos de mon / mes enfants respectueuses de son image

OUI  NON

Nom	
Prénom	
Date de naiss.	
Age	
Ecole	
Classe	
Régime Alimentaire	<input type="checkbox"/> Repas protidique avec viande <input type="checkbox"/> Repas protidique sans viande <input type="checkbox"/> Allergie alimentaire ➔



**P.A.I. ou autres recommandations médicales :**

.....

.....

.....

.....

.....

**Médecin Traitant :**

Tel :

Ville :

L'enfant a-t'il un suivi médical ?

.....

.....

**Dates des vaccinations :**

DT Polio		BCG	
Dernier Rappel		Test BCG	
Coqueluche		ROR	
Hépatite B		Autre	

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

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Rhumatisme Articulaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autorise mon / mes enfant (s) à rentrer seul (es) après les activités :

OUI  NON

Autorise mon / mes enfant (s) à participer aux sorties de groupe :

OUI  NON

Autorise mon / mes enfant (s) à être transporté :

OUI  NON

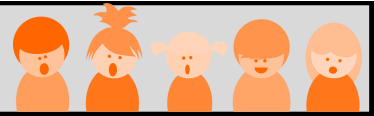
Autorise mon / mes enfant (s) à participer aux activités aquatiques dont la baignade :

OUI  NON

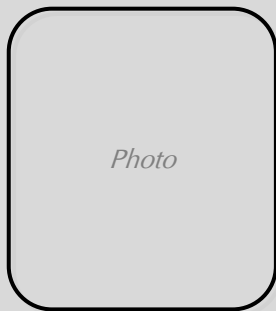
Autorise le CCAS à utiliser et diffuser des photos et/ou vidéos de mon / mes enfants respectueuses de son image

OUI  NON

# Les enfants :



Nom	
Prénom	
Date de naiss.	
Age	
Ecole	
Classe	
Régime Alimentaire	<input type="checkbox"/> Repas protidique avec viande <input type="checkbox"/> Repas protidique sans viande <input type="checkbox"/> Allergie alimentaire ➔



**P.A.I. ou autres recommandations médicales :**

.....

.....

.....

.....

.....

**Médecin Traitant :**

Tel :

Ville :

L'enfant a-t'il un suivi médical ?

.....

.....

**Dates des vaccinations :**

DT Polio		BCG	
Dernier Rappel		Test BCG	
Coqueluche		ROR	
Hépatite B		Autre	

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

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Rhumatisme Articulaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autorise mon / mes enfant (s) à rentrer seul (es) après les activités :

OUI  NON

Autorise mon / mes enfant (s) à participer aux sorties de groupe :

OUI  NON

Autorise mon / mes enfant (s) à être transporté :

OUI  NON

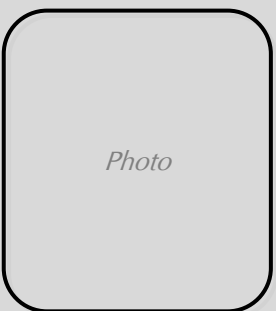
Autorise mon / mes enfant (s) à participer aux activités aquatiques dont la baignade :

OUI  NON

Autorise le CCAS à utiliser et diffuser des photos et/ou vidéos de mon / mes enfants respectueuses de son image

OUI  NON

Nom	
Prénom	
Date de naiss.	
Age	
Ecole	
Classe	
Régime Alimentaire	<input type="checkbox"/> Repas protidique avec viande <input type="checkbox"/> Repas protidique sans viande <input type="checkbox"/> Allergie alimentaire ➔



**P.A.I. ou autres recommandations médicales :**

.....

.....

.....

.....

.....

**Médecin Traitant :**

Tel :

Ville :

L'enfant a-t'il un suivi médical ?

.....

.....

**Dates des vaccinations :**

DT Polio		BCG	
Dernier Rappel		Test BCG	
Coqueluche		ROR	
Hépatite B		Autre	

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

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Rhumatisme Articulaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autorise mon / mes enfant (s) à rentrer seul (es) après les activités :

OUI  NON

Autorise mon / mes enfant (s) à participer aux sorties de groupe :

OUI  NON

Autorise mon / mes enfant (s) à être transporté :

OUI  NON

Autorise mon / mes enfant (s) à participer aux activités aquatiques dont la baignade :

OUI  NON

Autorise le CCAS à utiliser et diffuser des photos et/ou vidéos de mon / mes enfants respectueuses de son image

OUI  NON