

Né(é) le

Ets scolaire :

Classe :

PHOTO

LE FOYER

Nom prénoms des adultes :

Situation familiale :

Adresse :

Adulte 1 - Lien avec l'enfant :

Autorité parentale ☐

Nom Prénom :

Téléphone personnel :

Mail :

Téléphone professionnel :

Emploi :

Employeur :

Adulte 2 - Lien avec l'enfant :

Autorité parentale ☐

Nom Prénom :

Téléphone personnel :

Mail :

Téléphone professionnel :

Emploi :

Employeur :

ENTOURAGE FAMILIAL (personnes autorisées à récupérer l'enfant)

NOM PRENOM	TELEPHONE	LIEN AVEC L'ENFANT

INFORMATIONS FINANCIERES

☐ J'autorise/ ☐ je n'autorise pas le SAEJ à traiter les données relatives à mon domicile et mes justificatifs de ressources pour me permettre de bénéficier de la meilleure tarification.

☐ J'autorise/ ☐ je n'autorise pas la direction à consulter mon dossier allocataire CAF/MSA afin d'accéder directement aux ressources.

Régime allocataire : ☐ CAF ☐ MSA

Nom de l'allocataire :

Nom de naissance :

Numero de sécurité sociale : _____ Numéro allocataire : _____

ASSURANCE EXTRA-SCOLAIRE

Assureur :

Police d'assurance :

Date d'expiration :

AUTORISATIONS

- ☐ J'autorise/ ☐ je n'autorise pas la transmission de la photo de mon enfant aux services d'accueil afin de permettre aux membres des équipes de le reconnaître plus facilement et ainsi, de faciliter son intégration.
- ☐ J'autorise/ ☐ je n'autorise pas le CCAS à utiliser les photos et/ou films respectueux de l'image de mon enfant prises dans le cadre des activités organisées par les services, diffusées sur des supports de communication interne et/ou externe au CCAS.
- ☐ J'autorise/ ☐ je n'autorise pas le personnel à transporter ou faire transporter, en bus ou en minibus, mon enfant dans le cadre des activités du service.
- ☐ J'autorise/ ☐ je n'autorise pas mon enfant à participer aux sorties en groupe en dehors de la commune.
- ☐ J'autorise/ ☐ je n'autorise pas mon enfant à participer à la baignade.
- ☐ J'autorise/ ☐ je n'autorise *pas* mon enfant à rentrer seul après les activités.

INFORMATIONS SANITAIRES

Régime alimentaire : ☐ Repas avec viande ☐ Repas sans viande ☐ PAI ☐ Panier repas

Medecin traitant :

Vaccinations :

VACCINS	DATE dernier rappel	VACCINS	DATE dernier rappel
DTP-HEPATITE B-COQUELUCHE		MENINGOCOQUES	
PNEUMOCOQUES		ROUGEOLE-OREILLON-RUBEOLE (ROR)	
AUTRE :		AUTRE :	

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

- | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| ☐ Angine | ☐ Otite | ☐ Varicelle | ☐ Rougeole | ☐ Coqueluche |
| ☐ Rubéole | ☐ Oreillons | ☐ Scarlatine | ☐ Rhumatismes articulaires aigus | |

Recommandation des parents :

- ☐ Allergie Alimentaire ☐ Allergie médicamenteuse ☐ Asthme ☐ Autre allergie

En cas de difficultés de santé nécessitant des soins, merci de fournir le PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) et la trousse de soins avant l'accueil de l'enfant.

ENGAGEMENT PARENTAL

Je soussigné(e) M / Mme déclare exacts les renseignements portés sur la fiche d'inscription et m'engage à informer le service de toutes modifications au cours de l'année.

- Le responsable de l'accueil prendra, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
- Mon enfant prendra part à toutes les activités et sorties organisées par le Service Animation Enfance Jeunesse de Château-Arnoux-Saint-Auban conformément aux autorisations.
- J'ai pris connaissance et m'engage à respecter les règlements intérieurs de l'accueil de loisirs (périscolaire et extrascolaire) et du restaurant scolaire mis à disposition au SAEJ, au CCAS, sur l'espace familles et le site internet de la commune.

Date :

Signature(s) du/des responsables légaux

« Lu et approuvé »