



# DOSSIER INSCRIPTION FAMILLE UNIQUE

## Relais Jeunesse

Du 01/09/2022 au 31/08/2023

NOM DE FAMILLE :

NOM DE FAMILLE DU PARENT RESPONSABLE :

TARIFS ADHÉSION : Enfant scolarisé/habitant St Loup : 3€

Enfant extérieur : 5€

Ados 12-17 ans : 5€

Carte Avantage jeune

Coupon Sport

Pass'Sport

École Magnoncourt :

Nom	Prénom	Date de naissance	École	Classe <input type="checkbox"/> Ulis
1				
2				
3				

### Représentant légal 1

Autorité parentale : Oui  Non  Lien de parenté : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone portable : ..... Fixe : .....

Adresse mail : .....@.....

Mariée  Divorcée  Pacsée  Concubinage

N° Allocataire CAF/ MSA : ..... Quotient familial: .....

### Représentant légal 2 ou Responsable de l'enfant ( Famille d'accueil, ...)

Autorité parentale : Oui  Non  Famille d'accueil :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone portable : ..... Fixe : .....

Adresse mail : .....@.....

N° Allocataire CAF/ MSA : ..... Quotient familial: .....

### POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ :

Les informations personnelles recueillies dans ce formulaire sont obligatoires pour permettre l'inscription de votre enfant au service d'accueil périscolaire et extrascolaire.

Quel que soit le prestataire chargé par la commune de recueillir ces inscriptions et de gérer le service, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, et nous vous demandons de signaler tous changements de coordonnées.

## Autorisations

- J'autorise mon (mes) enfant (s) âgés de 6 ans ou plus à quitter la structure seul (s) dès l'horaire de fin d'activité.
- J'autorise mon enfant à repartir avec son frère ou sa sœur âgé de + de 6 ans.
- J'autorise le personnel de l'accueil de loisirs à filmer ou photographier mon (mes) enfant (s) dans le cadre des activités et à diffuser dans le cadre de la valorisation des activités, sur le site internet et sur les réseaux sociaux de l'Association Mosaïque Lupéenne.
- J'autorise le prestataire d'animation à utiliser CAFPRO (consultation de mon Quotient Familial de la CAF).
- J'autorise mon (mes) enfant (s) à participer aux activités physiques et sportives organisées par l'accueil de loisirs.
- J'autorise mon (mes) enfant (s) à prendre le bus dans le cadre des activités proposées par l'accueil de loisirs.
- J'autorise mon (mes) enfant (s) à participer aux baignades surveillées et proposées par l'accueil de loisirs.
- Mon enfant sait nager.

## Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à récupérer l'enfant à la sortie (de +15ans)

Nom :	Prénom :	A contacter en cas d'urgence :	<input type="checkbox"/>
Lien avec l'enfant :		Autorisé à récupérer l'enfant :	<input type="checkbox"/>
Téléphone portable :		Tél domicile :	

Nom :	Prénom :	A contacter en cas d'urgence :	<input type="checkbox"/>
Lien avec l'enfant :		Autorisé à récupérer l'enfant :	<input type="checkbox"/>
Téléphone portable :		Tél domicile :	

## Renseignements enfant 1

Ados Portable : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : F  M

Régime alimentaire particulier :  sans viande  sans porc  autre : .....

Allergies / Problèmes ou traitements médicaux : .....

Suivi MDPH : Oui  Non  en cours

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours Oui  Non

(Joindre les documents ainsi que le matériel nécessaire)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre : .....

Indiquez les particularités alimentaires ou autres difficultés de santé en précisant les conduites à tenir:

**Asthme :** .....

**Allergie alimentaire :** .....

**Allergie médicamenteuse :** .....

**Autre :** .....

### Informations complémentaires

Votre enfant porte-t-il des lentilles :      Oui       Non

Des lunettes :      Oui       Non

Des prothèses auditives :      Oui       Non

Des prothèses ou appareil dentaire :      Oui       Non

Autre : .....

### Renseignements enfant 2

Ados     Portable : .....

Nom : .....Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....      Sexe :      F      M

Régime alimentaire particulier :      sans viande      sans porc      autre : .....

Allergies / Problèmes ou traitements médicaux : .....

Suivi MDPH :      Oui       Non       en cours

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours      Oui       Non

(Joindre les documents ainsi que le matériel nécessaire)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre : .....

Indiquez les particularités alimentaires ou autres difficultés de santé en précisant les conduites à tenir:

**Asthme :** .....

**Allergie alimentaire :** .....

**Allergie médicamenteuse :** .....

**Autre :** .....

### Informations complémentaires

Votre enfant porte-t-il des lentilles :      Oui       Non

Des lunettes :      Oui       Non

Des prothèses auditives :      Oui       Non

Des prothèses ou appareil dentaire :      Oui       Non

Autre : .....

## Renseignements enfant 3

Ados    Portable : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....    Sexe :    F     M

Régime alimentaire particulier :    sans viande    sans porc    autre : .....

Allergies / Problèmes ou traitements médicaux : .....

Suivi MDPH :    Oui     Non     en cours

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours    Oui     Non

(Joindre les documents ainsi que le matériel nécessaire).

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre : .....

Indiquez les particularités alimentaires ou autres difficultés de santé en précisant les conduites à tenir:

**Asthme :** .....

**Allergie alimentaire :** .....

**Allergie médicamenteuse :** .....

**Autre :** .....

## Informations complémentaires

Votre enfant porte-t-il des lentilles :    Oui     Non

Des lunettes :    Oui     Non

Des prothèses auditives :    Oui     Non

Des prothèses ou appareil dentaire :    Oui     Non

Autre : .....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exactes des renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendes 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.

**Aucun traitement médical ne pourra être administré à votre enfant sans ordonnance récente et sans autorisation écrite du médecin.**

Date : ...../...../.....

Signature :