

ESPACE LOISIRS JEUNES

Dossier d'inscription • 2020/2021

Responsable légal 1

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant (père, mère, tuteur ...) :

Adresse :

Code Postal / Ville :

Tél. Fixe :

Tél. Mobile :

Tél. Professionnel :

Courriel :

N° d'allocataire CAF :

Quotient Familial (QF) CAF :

Autorise la ville à consulter CDAP* Oui Non

*Consultation du Dossier Allocataire par le Partenaire CAF

Profession (facultatif) :

Responsable légal 2

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant (père, mère, tuteur ...) :

Adresse :

Code Postal / Ville :

Tél. Fixe :

Tél. Mobile :

Tél. Professionnel :

Courriel :

N° d'allocataire CAF :

Quotient Familial (QF) CAF :

Autorise la ville à consulter CDAP* Oui Non

*Consultation du Dossier Allocataire par le Partenaire CAF

Profession (facultatif) :

JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES

- Attestation de quotient familial (QF) CAF de moins de 3 mois si je n'ai pas autorisé l'accès à CDAP
- Avis d'imposition et 3 derniers bulletins de salaire des deux responsables légaux si je ne suis pas allocataire CAF
- Copie pages de vaccinations du carnet de santé de mon (mes) enfant(s) (avec le nom et prénom)
- Test d'aisance aquatique pour toutes les activités aquatiques présentes au programme

ENGAGEMENTS

Je soussigné(e), M./ Mme.....

- Certifie l'exactitude des informations mentionnées dans ce dossier et atteste avoir donné tous les renseignements médicaux nécessaires à l'accueil de mon/mes enfant(s)
- Atteste avoir pris connaissance du règlement de l'Espace Loisirs jeunes ans et m'engage à le respecter
- M'engage à signaler tout changement de situation (familiale, professionnelle, domicile, QF CAF...) et à maintenir à jour mes coordonnées (postale, téléphonique, courriel)

Toute fausse déclaration ou usage de faux est passible des peines prévues à l'article 441-1 et suivants du Code Pénal qui sanctionne jusqu'à trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amendes le faux et l'usage de faux.

AUTORISATIONS

- J'autorise les photographies et vidéos prises lors des activités de l'Espace Loisirs, sur lesquelles figure mon enfant jusqu'en août 2022

(Le service communication est susceptible d'utiliser les ressources numériques de l'année scolaire N-1), POUR :

- L'édition de documents ou d'expositions pédagogiques
- La publication dans la presse locale
- La publication dans les supports de la Ville de Brignais (bulletin municipal, site internet et réseaux sociaux)

- J'autorise mon(mes) enfant(s) à rentrer seul(s) : Oui Non

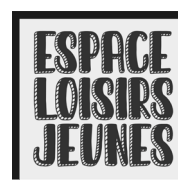
- J'autorise les personnes majeures suivantes à récupérer mon(mes) enfant(s) avec une pièce d'identité :

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Service Action Éducative pour la gestion des inscriptions périscolaires 2020/2021. Elles sont conservées pendant une durée de cinq ans et sont exploitées par le Service Action Éducative. Conformément à la loi « informatique et libertés » de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : dpd@mairie-brignais.fr.

Le ___ / ___ / _____, à

Lu et approuvé, signature du ou des responsables légaux :



> Fiche enfant 1

Nom / Prénom :

Date de naissance : ___ / ___ / _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS (à renseigner si la copie des pages de vaccination au nom de l'enfant du carnet de santé ne sont pas jointes) :

- Diphtérie : Oui Non, dernier rappel ___/___/___
- Tétanos : Oui Non, dernier rappel ___/___/___
- Poliomyélite Oui Non, dernier rappel ___/___/___
- Hépatite B : Oui Non, dernier rappel ___/___/___
- Haemophilus influenzae B : Oui Non, dernier rappel ___/___/___
- Rougeole Oreillons Rubéole : Oui Non, dernier rappel ___/___/___
- Coqueluche : Oui Non, dernier rappel ___/___/___

TROUBLES DE LA SANTÉ

- L'enfant est suivi pour un problème de santé pouvant nécessiter un traitement d'urgence Oui Non
- L'enfant est en situation de handicap Oui Non
- L'enfant a une allergie alimentaire Oui Non Précisez :
- L'enfant a une allergie médicamenteuse Oui Non Précisez :
- L'enfant a une pathologie chronique (asthme, diabète...) Oui Non Précisez :

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

- L'enfant porte un appareil spécifique (lentilles, lunettes, prothèses auditives...) Oui Non Précisez :
- L'enfant a eu des difficultés de santé (maladies, accident, hospitalisation...) Oui Non Précisez :
- Autres recommandations :

> Fiche enfant 2

Nom / Prénom :

Date de naissance : ___ / ___ / _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS (à renseigner si la copie des pages de vaccination au nom de l'enfant du carnet de santé ne sont pas jointes) :

- Diphtérie : Oui Non, dernier rappel ___/___/___
- Tétanos : Oui Non, dernier rappel ___/___/___
- Poliomyélite Oui Non, dernier rappel ___/___/___
- Hépatite B : Oui Non, dernier rappel ___/___/___
- Haemophilus influenzae B : Oui Non, dernier rappel ___/___/___
- Rougeole Oreillons Rubéole : Oui Non, dernier rappel ___/___/___
- Coqueluche : Oui Non, dernier rappel ___/___/___

TROUBLES DE LA SANTÉ

- L'enfant est suivi pour un problème de santé pouvant nécessiter un traitement d'urgence Oui Non
- L'enfant est en situation de handicap Oui Non
- L'enfant a une allergie alimentaire Oui Non Précisez :
- L'enfant a une allergie médicamenteuse Oui Non Précisez :
- L'enfant a une pathologie chronique (asthme, diabète...) Oui Non Précisez :

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

- L'enfant porte un appareil spécifique (lentilles, lunettes, prothèses auditives...) Oui Non Précisez :
- L'enfant a eu des difficultés de santé (maladies, accident, hospitalisation...) Oui Non Précisez :
- Autres recommandations :

// RENSEIGNEMENTS //