

# FICHE D'INSCRIPTION

## MDJ 2019-2020

Coller ici  
la photo

NOM du jeune: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

La Commune de Peyrolles en Provence informe les familles de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités pratiquées (article L. 227-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

### LES PARENTS

Situation familiale :  Mariés  Séparés\*  Divorcés\*  Union libre  Autres

\* Fournir la copie de la décision de justice

Dans de le cas où les parents sont séparés/divorcés, veuillez préciser s'il y a :

Garde conjointe de l'enfant  Garde confiée au père  Garde confiée à la mère

Les deux parents possèdent-ils l'autorité parentale :  Oui  Non

#### Parent / responsable légal :

NOM : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Régime : \_\_\_\_\_

Mutuelle (Nom et n°) : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

#### Parent / responsable légal :

NOM : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Régime : \_\_\_\_\_

Mutuelle (Nom et n°) : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

**Attestons avoir pris connaissance du règlement intérieur 2019/2020 et de les respecter.**

Date ➞

Signature (s)

# AUTORISATIONS PARENTALES 2019-2020

*\* rayez la mention inutile*

## REPAS SANS PORC

Oui       Non

## ACTIVITES AQUATIQUES

Le jeune sait-il nager ?  Oui     Non

**J'autorise ou je n'autorise pas\*** mon enfant à participer aux activités aquatiques.

Un certificat d'aptitude à nager 50 mètres pourra éventuellement être demandé en fonction des activités.

## SORTIES EN AUTOCARS ET EN MINIBUS

**J'autorise ou je n'autorise pas\*** mon enfant à participer aux sorties en autocars et en minibus.

## DIFFUSION DE PHOTOS

**J'autorise ou je n'autorise pas\*** la diffusion des photos de mon enfant sur le site internet de la mairie.

**J'autorise ou je n'autorise pas\*** la diffusion des photos de mon enfant sur les publications municipales et locales.

## DEPART DE L'ETABLISSEMENT - ESPACE JEUNES

**J'autorise ou je n'autorise pas\*** mon enfant à quitter seul l'établissement. Dans le cas où le jeune n'est pas autorisé à quitter seul l'établissement, indiquez le nom des personnes habilitées à venir le chercher :

### **1ere personne**

NOM : _____	PRENOM : _____
Téléphone domicile : _____	Mobile : _____
Adresse complète : _____	
_____	

### **2e personne**

NOM : _____	PRENOM : _____
Téléphone domicile : _____	Mobile : _____
Adresse complète : _____	
_____	

### **3e personne**

NOM : _____	PRENOM : _____
Téléphone domicile : _____	Mobile : _____
Adresse complète : _____	
_____	

**Signature du responsable légal**

Inscrire la mention « lu et approuvé »

**Signature du responsable légal**

Inscrire la mention « lu et approuvé »

**Date :**

**Date :**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019-2020

Code de l'Action Sociale et des Familles

Mairie de Peyrolles-en-Provence

## 1- L'enfant

Garçon

Fille

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

## 2- Les responsables légaux

**Responsable légal :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse :  
.....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

**Responsable légal :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse :  
.....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

**Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :** .....

## 3- Les vaccinations

Référez-vous au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.  
Joindre les photocopies des pages de vaccinations avec le nom et prénom de l'enfant.

<b>VACCINS OBLIGATOIRES avec rappel tous les 5 ans</b>	<b>Date du dernier rappel</b>	<b>VACCINS RECOMMANDES</b>	<b>Date du dernier rappel</b>
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole – Oreillons – Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres :	

## 4- Recommandations utiles des parents

Indiquer ci-dessous si votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. :

.....  
.....  
.....  
.....

Indiquer ci-dessous si votre enfant a des difficultés de santé (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation...*) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
.....  
.....

## 5- renseignement médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical à l'année ?  oui  non

Indiquez les allergies connues de l'enfant :

Respiratoire  Alimentaire  Médicamenteuse  Autres

.....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

...

.....

.....

.....

.....

## 6- Le Projet d'accueil Individualisé (PAI)

Si votre enfant présente un trouble de la santé chronique nécessitant une prise en charge particulière (*prise de médicament, prise en charge d'allergie, maladies nécessitant un « protocole d'urgence », régimes alimentaires spécifiques...*), il est nécessaire de prévoir au préalable un **projet d'accueil individualisé**.

La prise en charge de votre enfant nécessite-t-elle un PAI ?  oui  non

Si oui, **veuillez prendre un RDV avec la direction de l'accueil de loisirs au moins 15 jours avant le premier jour des inscriptions.**

Si oui, avez-vous déjà signé un PAI avec l'établissement scolaire de votre enfant ?  oui  non

**Nous soussignons, .....responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

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