ANNEE SCOLAIRE 2017 / 2018

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION P - E

Fiche de renseignements obligatoires

Sports – Jeunesse – Culture - Navette

☐ Nouvelle inscription ☐ Réinscription

Merci de remplir à l'encre noire

NOM DE L'ENFANT …… PRENOM …… Sexe ☐ F ☐ M

NE(E) le …... /…... /…... Où (ville) …… Département ……..… Nationalité ☐ ……..

SCOLARISÉ à **l'école MATERNELLE** : ❑ J.Jaurès ❑ Prévert ❑ Clairfont ❑ G.Sand

à **l'école ELEMENTAIRE** : ❑ P&M Curie ❑ M. Picart ❑ Clairfont

au ❑ **COLLEGE** J.Vallès ❑ autre ……...

Votre enfant QUITTERA les ACTIVITES avec : *(Plusieurs réponses possibles)*

☐ son père ☐ sa mère ☐ seul ☐ son frère ou sa sœur

☐ Un tiers (Nom) ……..…… Tel. ……..……..…..……

☐ Un tiers (Nom) ……..…… Tel. ……..……..…..……

RESPONSABLE LEGAL N°1

Nom, prénom : M.- Mme- Mle …….

Adresse ……..…… CP …… VILLE ……..

TEL DOM. ….. / ….. / ….. / ….. / ….. BUR ….. / ….. / ….. / ….. / ….. PORTABLE …… / ……. / ……. / ……. / ……

Mail ……..…….. @ ……

RESPONSABLE LEGAL N°2 *si coordonnées différentes -*

Nom, prénom : M.- Mme- Mle …….

Adresse ……..…… CP …… VILLE ……..

TEL DOM. ….. / ….. / ….. / ….. / ….. BUR ….. / ….. / ….. / ….. / ….. PORTABLE …… / ……. / ……. / ……. / ……

Mail ……..…….. @ ……

NOM personne à contacter en cas d'urgence : ……. **TEL** ……
(si différente de celle des parents)

NOM ASSURANCE couvrant l'enfant : ……..…….. N° CONTRAT : ……..

FICHE MEDICALE de L'ENFANT : PROBLEMES DE SANTE : ☐ Asthme ☐ Allergie**s,** précisez ……

☐ Autres ……

VACCINS OBLIGATOIRES			si OUI, dates derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS			si OUI, dates derniers rappels
Diphtérie	❑ OUI	❑ NON		Hépatite B	❑ OUI	❑ NON	
Tétanos	❑ OUI	❑ NON		Rubéole-Oreillons-Rougeole	❑ OUI	❑ NON	
Poliomyélite	❑ OUI	❑ NON		Coqueluche	❑ OUI	❑ NON	
ou DT Polio	❑ OUI	❑ NON		Autres (précisez ……..	❑ OUI	❑ NON	
ou Tétracoq	❑ OUI	❑ NON		……..	❑ OUI	❑ NON	
BCG	❑ OUI	❑ NON		……..	❑ OUI	❑ NON	

NOM MEDECIN TRAITANT : …….. **TEL. :** ……

*En cas **d'accident ou de problème médical**, autorisez-vous : le personnel d'encadrement des activités municipales à prendre toutes les mesures d'urgence médicales rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant ?*	***OUI*** ☐	***NON*** ☐
*J'autorise que des **photos et des prises vidéo** de mon enfant, effectuées au cours des différentes activités, soient diffusées sur les supports de communication papier mis à notre disposition (dépêche, « Vivre à Portet », **affiches** …)*	***OUI*** ☐	***NON*** ☐

…/…

Je soussigné(e) ❑ M. ❑ Mme, ❑ Mlle …….……..……

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés ci-dessus.

J'autorise mon enfant à effectuer les déplacements dans les voitures des éducateurs sportifs ou accompagnateurs, ainsi que dans les bus loués suivant les besoins et la navette municipale.

Je l'autorise également à participer aux activités proposées dans le cadre des activités municipales.

Je reconnais avoir pris connaissance des tarifs et des modes de paiement des activités. J'ai bien noté que toute activité commencée est due et qu'aucun remboursement ne sera effectué.

Je décharge le Maire et ses agents de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir avant et après les heures d'accueil de mon enfant sur les activités périscolaires proposées par les différentes structures municipales. Je m'engage également à ce que mon enfant respecte le règlement intérieur des activités organisées par la ville.

J'ai bien noté que les informations demandées sont indispensables à la prise en compte de mon dossier d'inscription et que sauf opposition de ma part, certaines pourront être utilisées par d'autres services municipaux. J'ai également bien noté, que je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur toutes les informations me concernant.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités municipales et de la navette.

Atteste sur l'honneur avoir informé (selon le cas) le père, la mère et /ou le tuteur détenteur conjointement de l'autorité parentale de l'enfant nommé ci-dessus, que ce dernier participera aux activités décrites.

cadres ci-dessous RÉSERVÉS à L'ADMINISTRATION

ACTIVITES SPORTIVES

C/L	Certif. médic	ACTIVITES	ENCADREMENT	LIEUX	JOURS	HEURES Début - Fin	NAVETTE	Réservé au secrétariat COPIE	Réservé au secrétariat SAISIE
						-			
						-			
						-			

C/L : Compétition ou Loisir

ACTIVITES CULTURELLES

Certif. médic	ACTIVITES	ENCADREMENT	LIEUX	JOURS	HEURES Début - Fin	NAVETTE	Réservé au secrétariat COPIE	Réservé au secrétariat SAISIE
					-			
					-			
					-			

ACTIVITES JEUNESSE

ACTIVITES	ENCADREMENT	LIEUX	JOURS	HEURES Début - Fin	Réservé au secrétariat COPIE	Réservé au secrétariat SAISIE
				-		
				-		
				-		

Cet enfant a-t-il un (des) frère(s) ou une (des) sœur(s) ? ❑ OUI ❑ NON

Si OUI, remplir le tableau ci-dessous :

NOM	PRENOM	ACTIVITE MUNICIPALE

DATE ……..

Signature du responsable légal,