****

**Inscription Accueil de Loisirs 2020 / 2021**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Enfant** |  | **Informations droit à l’image** |
|  □ Fille □ GarçonNOM : …………………………………………………..……………………… Prénom : ………………………………………………..………………..…..Date de naissance : …..……./……….../…………………..Scolarisé à l’école de : …………………………………….……………   □ Maternelle □ Elémentaire |  | Dans le cadre de l’accueil de loisirs, des photographies et/ou des vidéos de votre enfant peuvent être prises et être utilisées à des visées pédagogiques, nous sollicitons donc votre autorisation (les visages des enfants n’apparaissent en aucun cas sur le net).J’autorise mon enfant à être photographié : oui □ non □ |

|  |
| --- |
| **Parents / tuteurs** |
| **Parent 1** | NOM : ……………………………………….………………………….Prénom : …………………………………..…..………..……………n° fixe : …………………………………………………………………n° portable : ………………………..………….……………………n° professionnel : …………………….…………………………..Adresse : ………………………………..…………………..………..……………………………………………………….……….……………Mail : ………………………………….………………………………..Emploi : ………………………………….……………………………. | **Parent 2** | NOM : ……………………………………….………………………….Prénom : …………………………………..…..………..……………n° fixe : …………………………………………………………………n° portable : ………………………..………….……………………n° professionnel : …………………….…………………………..Adresse : ………………………………..…………………..………..……………………………………………………….……….……………Mail : ………………………………….………………………………..Emploi : ………………………………….……………………………. |
| **Situation familiale des parents :** □ En couple / mariés □ Séparés / divorcés | Avez-vous une assurance responsabilité civile ? oui □ non □Si oui laquelle ?………………………………………………………………………… | J’autorise le personnel des Centres Sociaux à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d’accéder aux ressources à prendre en compte pour le calcul des tarifs : oui □ non □ |
| N° d’allocataire : ……………………………..…………………… Quotient familial : ……………….……… Nombre d’enfants : …………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informations santé** | □ photocopie des vaccinations |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *PAI : Protocole d’Accueil Individuel* |  | *Alimentation* |
| Le PAI définit les adaptations apportées à la vie de votre enfant rencontrant des problèmes médicaux (asthme, allergie alimentaire, diabète …).**Votre enfant a t-il un PAI :** □ oui □ nonSi oui lequel ? □ asthme □ diabète □ allergie □ autre Commentaire :………………………………………….…………………………………………………………Il est obligatoire de fournir une copie aux centres sociaux de prendre contact avec un responsable afin d’assurer une continuité dans la prise en charge médicale de votre enfant. |  | Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier :□ Allergie/intolérance alimentaire *(nécessite un PAI)* de quel(s) aliment(s) ? ………………………………………….……………………….……………………………………………………….……………………….……………□ Sans porc□ Sans viande□ Autre : ……………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Informations droit de sortie** |
| L’enfant est-il autorisé à partir seul à la fin de l’accueil de loisirs **(uniquement pour les enfants de plus de 10 ans)** :□ oui □ non |
| *Personnes habilitées à venir chercher l’enfant**(nous ne rendrons l’enfant qu’aux personnes notées ci-dessous ayant 14 ans et plus)* |
| Nom : ………………………………………………………………..………… Prénom : …………………………………………………………….………..N° de portable : ……………………………………………………………Lien avec l’enfant : ……………………….……………………………… | Nom : ………………………………………………………………..………… Prénom : …………………………………………………………….………..N° de portable : ……………………………………………………………Lien avec l’enfant : ……………………….……………………………… |
| Nom : ………………………………………………………………..………… Prénom : …………………………………………………………….………..N° de portable : ……………………………………………………………Lien avec l’enfant : ……………………….……………………………… | Nom : ………………………………………………………………..………… Prénom : …………………………………………………………….………..N° de portable : ……………………………………………………………Lien avec l’enfant : ……………………….……………………………… |
| Nom : ………………………………………………………………..………… Prénom : …………………………………………………………….………..N° de portable : ……………………………………………………………Lien avec l’enfant : ……………………….……………………………… | Nom : ………………………………………………………………..………… Prénom : …………………………………………………………….………..N° de portable : ……………………………………………………………Lien avec l’enfant : ……………………….……………………………… |

|  |
| --- |
| **Informations complémentaires** |
| *(port de lunettes, de lentilles, d’appareils dentaires ou auditifs, comportement particulier de l’enfant, accident, hospitalisation, rééducation, besoin de faire la sieste, …)* |

|  |
| --- |
| **Signatures** |
| Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m’engage et les actualiser si nécessaire. | Je confirme avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m’engage à le respecter. |
| *Signature mère / tutrice* | *Signature père / tuteur* | *Signature mère / tutrice* | *Signature père / tuteur* |
|  |  |  |  |

*Ce document est confidentiel. Seul le personnel des centres sociaux intervenant auprès des enfants peut en prendre connaissance.*