****

**Inscription Accueil de Loisirs 2020 / 2021**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Enfant** |  | **Informations droit à l’image** |
| □ Fille □ Garçon  NOM : …………………………………………………..………………………  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 □ non  Si 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.*