



ACCUEIL DE LOISIRS DE POLIGNAC



BULLETIN D'INSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENFANT

NOM : Prénom : Sexe : Masculin Féminin
 Date de naissance : / / Lieu de naissance : Nationalité :
 Etablissement scolaire : Classe :
 NOM du médecin traitant : Téléphone du médecin : / / / /
 L'enfant sait-il nager ? Oui Non L'enfant fait-il la sieste ? Oui Non
 Repas spéciaux ? Non Sans porc P.A.I :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Situation familiale : Mariés Pacsés Célibataire Divorcé(e) En concubinage Veuf(ve)
 Responsable légal de l'enfant : Parent 1 Parent 2 Le tuteur

Parent 1

NOM : Prénom :
 Date de naissance : / /
 Lieu de naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Tél Fixe : / / / /
 Tél portable : / / / /
 Email :@.....
 Profession :
 Tel travail : / / / /
 Régime : CAF MSA Autre :
 N° allocataire :
 Quotient familial :

Parent 2

NOM : Prénom :
 Date de naissance : / /
 Lieu de naissance :
 Adresse (si différente de Parent 1) :
 Code Postal : Ville :
 Tél Fixe : / / / /
 Tél portable : / / / /
 Email :@.....
 Profession :
 Tel travail : / / / /
 Régime : CAF MSA Autre :
 N° allocataire :
 Quotient familial :

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant / Personne à contacter en cas d'urgence (autres que parents)

NOM/Prénom : Tél : / / / / Parenté :
 NOM/Prénom : Tél : / / / / Parenté :
 NOM/Prénom : Tél : / / / / Parenté :
 NOM/Prénom : Tél : / / / / Parenté :
 NOM/Prénom : Tél : / / / / Parenté :

Personne non-autorisée à venir récupérer l'enfant

NOM/Prénom : Tél : / / / / Parenté :

AUTORISATIONS

Je soussigné Parent 1 Parent 2 Tuteur
de l'enfant atteste des autorisations suivantes :

- | | |
|--|---|
| ▪ J'autorise mon enfant à être filmé et photographié dans le cadre des sorties/activités : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| ▪ Je consens à ce que les photos/vidéos où pourraient apparaître mon enfant soient diffusées <u>uniquement</u> sur le site internet de la mairie de POLIGNAC (afin que les parents puissent voir les activités réalisées par leur(s) enfant(s) au sein de la structure). | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| ▪ J'autorise l'utilisation de l'application CDAP (Consultation du Dossier Allocataire par les Partenaires) : Ce site, mis à disposition par la CAF, nous permet d'avoir accès en temps réel au quotient familial des familles (et seulement à cette donnée). | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| ▪ J'autorise la direction à administrer les médicaments prescrits sur ordonnance à mon enfant : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| ▪ J'autorise la direction à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence ou urgences médicales : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| ▪ J'autorise mon enfant à rentrer seul (aux heures habituelles de départ du centre) : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| ▪ J'autorise mon enfant à utiliser les transports prévus dans le cadre des activités (Bus, TUDIP, voiture) : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

- Je certifie avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur de la structure.
- Je m'engage à prévenir la structure de tout changement (adresse postale, mail, numéros de téléphone, changement de situation personnelle et professionnelle, maladies graves, vaccins, etc ...) afin que mon dossier soit et reste à jour.

RECAPITULATIF DES DOCUMENTS A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Copie du carnet de vaccination de l'enfant (à jour) | <input type="checkbox"/> Votre quotient familial (QF) à demander à la CAF |
| <input type="checkbox"/> Assurance extra ou périscolaire de l'année en cours | <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire de liaison datée et signée |
| <input type="checkbox"/> Assurance responsabilité civile | <input type="checkbox"/> Le présent bulletin d'inscription daté et signé |

Date :

Date :

Signature du parent 1 :

Signature du parent 2 :