

AUTORISATIONS – PERSONNES A PREVENIR

Nous soussignés, responsable de l'enfant (Nom et prénom) :

AUTORISONS :

oui non - le responsable du centre de loisirs à contacter les personnes suivantes en cas d'urgence et/ou à confier notre enfant aux personnes suivantes quand nous serons dans l'impossibilité de venir les chercher (Celles-ci devront être munies d'une pièce d'identité) :

NOM/Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Téléphone (obligatoire)	A contacter en cas d'urgence	Autorisé à reprendre l'enfant
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

oui non - mon enfant de plus de 7 ans à repartir seul à la fermeture de l'ALSH. C'est ma responsabilité, les animateurs des services périscolaires ne pourront être tenus responsables des problèmes et/ou accidents qui surviendraient dès sa sortie du service, sur le parcours du retour.

oui non - mon enfant à participer aux différentes activités et sorties organisées

oui non - les animateurs des services périscolaires à hospitaliser notre enfant en cas d'urgence

oui non - Le Chirurgien de l'hôpital à pratiquer toutes les interventions d'urgence - **Nous nous engageons** à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les services périscolaires en raison des soins apportés.

oui non - notre enfant à être pris en photo par l'équipe d'animation ou la presse dans le cadre des activités de l'ALSH ou des sorties (Droit à l'image articles 226-1 à 226-8 du code civil)

Les photos pourront être utilisées sur les supports de diffusion ou de communication de la commune (bulletin municipal, site internet, réseaux sociaux : Facebook, Instagram, presse locale...)

DECHARGEONS :

- les services périscolaires de toutes responsabilités en cas d'accident pouvant survenir avant l'arrivée ou après le départ des accueils et aucune poursuite de notre part ne sera engagée contre les services périscolaires et ses représentants.

Nous soussigné, certifions avoir pris connaissance, vérifié et complété l'intégralité du dossier d'inscription concernant notre enfant.

Nous CERTIFIONS sur l'honneur que les renseignements portés sur cette inscription sont conformes et exacts et nous engageons à signaler tout changement qui pourrait intervenir au cours de l'année scolaire.

Nous CERTIFIONS avoir pris connaissance du règlement de l'ALSH et de la cantine

A, Le

Signature des parents, précédée de la mention "Bon pour autorisation parentale, lu et approuvé"

Signature PARENT 1 -

Signature PARENT 2 -

ALSH FOLLIGNY

Dossier d'inscription pour les services suivants :
GARDERIE - CANTINE - CENTRE DE LOISIRS (mercredis et vacances)

Valable du 4 septembre 2023 au 31 août 2024



Attention, si le dossier n'est pas complet votre enfant ne sera pas accepté aux services de garderie cantine et centre de loisirs

Merci de bien vouloir vérifier les données préremplies (les modifier en rouge si besoin) et compléter l'intégralité des 4 pages du dossier avant de le déposer à la mairie de Folligny, pendant les permanences suivantes :

- **Mardi 29 août de 12h à 15h**
- **Jeudi 31 août : de 12h à 14h**
- **Vendredi 1^{er} septembre : de 8h00 à 13h00**

Vous devez obligatoirement joindre à ce dossier les documents suivants :

- Attestation d'assurance pour l'année scolaire 2023/2024
- Attestation de quotient familial (CAF)
- Copie des pages des vaccinations du carnet de santé
- Coupon règlement intérieur

Cas particuliers :

- Copie du PAI
- Autre :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENFANT

Classe	.....
NOM	.....
PRENOM	.....
Date de naissance	.....
Lieu de naissance	.....
N° de sécurité sociale	.....

La commune de Folligny traite les données collectées pour votre inscription à l'accueil collectif de mineurs (ACM) sur les temps périscolaires et extrascolaires. Ce dispositif s'inscrit dans le cadre de sa mission de service public de l'éducation et la politique de la petite enfance. L'inscription au centre ALSH prévoit le recueil obligatoire des données qui sont nécessaires au traitement de la demande. Ces données sont destinées au secrétariat de la mairie, au personnel de l'ALSH, au Trésor Public. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la mairie de Folligny. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

REPRESENTANTS LEGAUX

ASSURANCE PERI-SCOLAIRE	
<i>Nom et adresse de la compagnie</i>	.....
<i>Numéro du contrat</i>	.....

PARENT 1			
Nom	.....	Prénom	.....
Date de naissance	.....	N° téléphone (mobile)	.....
Adresse	..... .....	
Mail	.....	
Profession	.....	
Employeur	Nom	.....
	Adresse + ville	.....
	Téléphone	.....

PARENT 2			
Nom	.....	Prénom	.....
Date de naissance	.....	N° téléphone (mobile)	.....
Adresse	..... .....	
Mail	.....	
Profession	.....	
Employeur	Nom	.....
	Adresse + ville	.....
	Téléphone	.....

SITUATION FAMILIALE				
<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> Divorcés/Séparés	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Autre :
En cas de séparation, préciser le destinataire des factures			Parent 1	Parent 2

RENSEIGNEMENTS DIVERS
.....

N'hésitez pas à joindre à cette inscription une feuille mobile indiquant tous renseignements importants concernant votre enfant.

FICHE – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM	.....
PRENOM	.....
<i>Date de naissance</i>	.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		SCARLATINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		
COQUELUCHE		OTTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

VACCINATIONS :

DT POLIO oui non Date du dernier rappel : ___/___/___

Joindre la copie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant

Si les vaccins obligatoires n'ont pas été effectués, joindre un certificat médical de contre-indication des vaccinations concernées.

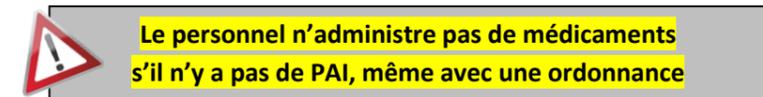
DIFFICULTÉS DE SANTÉ :

L'enfant est-il allergique ? asthme alimentaire médicamenteuse autres

Les difficultés des santés de votre enfant nécessitent elles un PAI ? oui (le fournir impérativement) non

Préciser la cause de l'allergie :

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



Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre :

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

RECOMMANDATIONS UTILES ET SPECIFITES DE L'ENFANT :

Précisez les autres informations que vous jugerez utiles de nous transmettre au sujet de l'enfant : port de lunettes ou lentilles, prothèses auditives ou dentaires, régime alimentaire, phobies etc

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