|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Une image contenant texte, logo, Police, capture d’écran  Description générée automatiquement | **DOSSIER INSCRIPTION UNIQUE** | **ANNEE SCOLAIRE**  **2023-2024** |
| **PERIODE INSCRIPTION : DU 4 SEPTEMBRE 2023 AU 31 AOUT 2024** | | |
| **DOCUMENT A REMPLIR IMPERATIVEMENT AVANT**  **TOUTES INSCRIPTIONS** | **DOSSIER A RETOURNER IMPERATIVEMENT A L’ACCUEIL EN MAIRIE A ESTRABLIN**  **AVANT LE 18 JUIN 2023** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enfants scolarisés à Estrablin** | | | **ACCUEIL GEMENS 3/10 ans**  **Mercredis & Vacances scolaires** | | | **ALSH POINT JEUNES**  **10/17 ans** | | |
| **PERISCOLAIRE ESTRABLIN**  **Matin  Midi**  **Soir**  **Bus scolaire** | | |
| **Périscolaire (mercredi - Vendredi)**  **Accueil de loisirs (vacances)**  **Actions citoyen (projets)**  **CLAS (aide aux devoirs)** | | |
| **MERCREDIS** | | **VACANCES** |
|  | |  |
| **Nom Prénom Enfant / Jeune** | | | | | | **Date de Naissance** | | |
| 1 |  | | | | |  | | |
| 2 |  | | | | |  | | |
| 3 |  | | | | |  | | |
| 4 |  | | | | |  | | |
| **Responsable (1)** | | | | | **Responsable (2)** | | | |
| **Qualité : Père**  **Mère**  **Autre :** | | | | | **Qualité : Père**  **Mère**  **Autre :** | | | |
| **Nom Prénom :** | | | | | **Nom Prénom** | | | |
| **Adresse :** | | | | | **Adresse :** | | | |
| **Code postal :** | | **Ville :** | | | **Code postal :** | | **Ville :** | |
| **Tél dom :** | | **Tél port :** | | | **Tél dom :** | | **Tél port :** | |
| **Mail :** | | | | | **Mail :** | | | |
| **Situation familiale :** | | | | | **Situation familiale :** | | | |
| **Situation professionnelle :** | | | | | **Situation professionnelle :** | | | |
| Prestations familiales :  Régime général  Régime agricole  Autre Régime  Numéro Allocataire CAF : Quotient : | | | | | | | | |
| **Dans le cadre du règlement intérieur** Il est toutefois demandé aux familles de contracter une assurance responsabilité civile pour leur enfant. Il est conseillé de l’étendre à une garantie individuelle  « Accident corporel » | | | | | | | | **OUI**  **NON** |
| **Attestation de police assurance responsabilité civile** | | | | N° de police : Assurance : | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER LE (OU LES) ENFANT(S)** | | | |
| **Nom Prénom :** | **Tél :** | **Lien de parenté** | **APPEL EN CAS D’URGENCE** |
|  |  |  | **OUI**  **NON** |
|  |  |  | **OUI**  **NON** |
|  |  |  | **OUI**  **NON** |

**Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :**

# Copie des vaccins à jour de l’enfant – Attestation assurance responsabilité civile - attestation CAF ou avis d’imposition

Mairie d’Estrablin Service Animation / DOSSIER INSCRIPTION UNIQUE - année 2023/2024

**Engagements des parents :**

Je certifie l’exactitude des renseignements portés sur ce dossier d’inscription et m'engage à signaler tout changement survenu au cours de l’année scolaire au Service Animation.

* + Nous nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toutes modifications concernant cette fiche.
  + Nous certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l’intérêt à souscrire un contrat d’assurance de personnes couvrant les dommages corporels.
  + Nous autorisons le responsable de la structure, en cas d’incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande.
  + Nous attestons sur l’honneur être titulaires de l’autorité parentale et certifions sur l’honneur les renseignements portés par ce formulaire.

# Et atteste/attestons avoir pris connaissance du ou des règlement(s) intérieur(s) et de la protection des données :

**REGLEMENTS INTERIEURS 2023/2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nous soussignés, M. et/ou Mme** |  |
| **Responsables légaux du ou des enfant (s)** |  |
| **Nom prénom** |  |
| **Nom prénom** |  |
| **Nom prénom** |  |
| **Nom prénom** |  |

# REGLEMENT GENERAL A LA PROTECTION DES DONNEES

Conformément à la règlementation en vigueur relative au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), les données collectées concernant votre famille dans le présent formulaire ont pour finalité la bonne organisation du Service Animation : Alsh Périscolaire, Gémens et Point jeunes. Seuls les services municipaux concernés ont accès à ces données confidentielles.

En application de l’Instruction DGP/SIAF/2014/006 du 22 septembre 2014, ces données seront conservées 10 ans après la fin de la période scolaire concernée par l’inscription.

Vous pouvez accéder et le cas échéant modifier ces données en contactant le service enfance jeunesse ou directement par le biais du portail internet « citoyen » en vous connectant avec votre code personnel et unique.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Périscolaire Estrablin** | **ALSH Gémens** | **Point jeunes »** |
| **Date :** | **Signatures (s) précédée(s) de lu et approuvé** |  |

**Le service Animation**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Une image contenant texte, Police, capture d’écran, logo  Description générée automatiquement | | | **FICHE INSCRIPTION ENFANT** | |
| **Accueil Périscolaire**  **ESTRABLIN** | **ACCUEIL GEMENS 3/10 ans**  **Mercredis**  **Vacances scolaires** | | | **ACCUEIL POINT JEUNES**  **10/17 ans** |
| **Matin**  **Midi  Soir**  **Bus scolaire** | **Mercredis** | **Vacances** | | **Périscolaire (mercredi - Vendredi)**  **Accueil de loisirs (vacances)**  **Action citoyen**  **CLAS (aide aux devoirs)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fiche Enfant** | | | | **Nom** | | | | | **Prénom** | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
| **Date de Naissance** | | | |  | | | | | | **Précautions à prendre ou autres informations**  **et recommandations utiles des parents.** | | | | |
| **Vaccin** | | | | **Fait - le** | | | | | | ASTHME **OUI**  **NON** | | | | |
| Coqueluche, Poliomyélite  (DTCP) | | | |  | Pneumocoque | | |  | | ALIMENTAIRES **OUI**  **NON** | | | | |
| Diphtérie, Tétanos, | | | |  | Rougeole, Oreillons, | | |  | | MEDICAMENTEUSES **OUI**  **NON** | | | | |
| Hépatite A | | | |  | Rubéole (ROR) | | |  | | DIFFICULTES DE SANTE / TYPE D’ALERGIE : | | | | |
| Hépatite B | | | |  | Tuberculose (BCG) | | |  | |
| Méningocoque C | | | |  | Varicelle | | |  | |
| **Prise de photo/films :** Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l’image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d’articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures. | | | | | | | | | | | | | | **OUI**  **NON** |
| **Point jeunes/Partir seul :** Nous autorisons notre enfant à quitter seul, ou accompagné d’un mineur, la structure à la fin de l’accueil auquel il est inscrit | | | | | | | | | | | | | | **OUI**  **NON  OUI**  **sauf la nuit** |
| **Activités pédagogiques :** Nous autorisons notre enfant à participer aux activités mises en place au sein de la structure. | | | | | | | | | | | | | | **OUI**  **NON** |
| **Hospitalisation :** Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l’état de santé de l’enfant | | | | | | | | | | | | | | **OUI**  **NON** |
| **Autorise le service à apporter une aide à l’enfant à la prise de médicaments** (si ordonnance de médecin ou protocole de soins) et les instructions transmises par écrit. | | | | | | | | | | | | | | **OUI**  **NON** |
| **Autorise le service à utiliser le service Caf**, afin d’extraire le quotient familial caf de la famille, si celui-ci n’est pas fournie commestipulé au paragraphe inscription périscolaire et extrascolaire | | | | | | | | | | | | | | **OUI**  **NON** |
| **Je reconnais avoir pris connaissance du règlement des accueils de loisirs périscolaires et extrascolaires et déclare m’y conformer.** | | | | | | | | | | | | | | **OUI**  **NON** |
| **Pratiques alimentaires** | **OUI**  **NON** | | | | | | **Déclare que mon enfant bénéficie d’un P.A.I (Uniquement Maladies ou Allergies nécessitant unPAI)** | | | | | | | **OUI**  **NON** |
| **Sans Viande**  **Sans porc** | | | | | | **Enfants en situation de handicap MDPH ?** | | | | | | | **OUI**  **NON** |
| **Il est nécessaire de faire remonter les informations lors de l’inscription au service pour mettre en place un projet d'accueil individualisé (PAI). Informations complémentaires sur la nature du P.A.I concernant votre enfant (difficultés, Maladies, Allergies,) :** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Responsables légaux de l’enfant** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Responsables (1)** | |  | | | | | | | **Responsable (2)** | |  | | | |
| **Fait à :** | | | | | | | | | **Fait à :** | | | | | |
| **Date :** | | | Signature  Obligatoire | | |  | | | **Date :** | | | Signature  Obligatoire |  | |
| **\* FICHE A REMPLIR OBLIGATOIREMENT (une pour chaque enfant)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ATTENTION REMPLIR LES INFORMATIONS DANS LES CASES JAUNES PREVU A CET EFFET** | | | | | | | | | | | | | | |