Dossier d'inscription accueils collectifs de mineurs 2023-2024

(Valable de sept.2023 à sept.2024)

Dossier unique valable pour l'ensemble des accueils collectifs de mineurs municipaux. Merci de cocher, les accueils souhaités.

□ extrascolaire 11-17ans (foyer des jeunes)

□ extrascolaire 03-14 ans (Villargelle)

□ périscolaire (accueil matin et soir école Jules Ferry Noves et Louise Michel Paluds-de-Noves et mercredi)

Pièces à fournir pour la constitution du dossier d'inscription

- La fiche de renseignements et la fiche sanitaire complétées et signées
- L'attestation d'assurance de responsabilité civile pour l'année scolaire en cours
- Un justificatif de domicile (facture EDF ou téléphone de moins de trois mois)

Pour l'inscription à Villargelle et au périscolaire du mercredi joindre également :

- Les justificatifs d'employeurs
- le quotient familial CAF

Tout dossier non complet ne sera pas pris en compte

MAIRIE DE NOVES SERVICE ENFANCE JEUNESSE 04.90.24.43.23

Contact périscolaire et foyer des jeunes mail : fdj@noves.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENT

NOM DE L'ENFANT : …….. PRENOM : ……

Date de naissance : ……/……/…… Lieu de naissance : ……

L'enfant vit chez : ses deux parents ☐ sa mère ☐ son père ☐

☐ en alternance (à préciser) : ……
☐ en famille d'accueil (à préciser) : ……
☐ autre (à préciser) : ……

Renseignement responsable 1 :

NOM : ……PRENOM : ……

✉Adresse : ……

……

@Mail : ……

✆portable : ……/……/……/……/…… ✆fixe : ……/……/……/……/……

✆ travail : ……/……/……/……/……

Renseignement responsable 2 :

NOM : ……PRENOM : ……

✉Adresse : ……

……

@Mail : ……

✆portable : ……/……/……/……/…… ✆fixe : ……/……/……/……/……

✆ travail : ……/……/……/……/……

Autre responsable légal

Organisme/Personne référent ……

✉Adresse :……

……

@Mail : ……

✆portable : ……/……/……/……/…… ✆fixe : ……/……/……/……/……

✆ travail : ……/……/……/……/……

En cas de divorce merci de nous communiquer les informations nécessaires à la garde de l'enfant.

AUTORISATION DE SORTIE APRES LES ACTIVITES

☐ J'autorise mon enfant à partir seul, a pieds, en vélo, trottinette, ou moto.
☐ Je n'autorise pas mon enfant à partir seul. Je viendrais dans ce cas-là, le récupérer après chaque fin d'activité.

Personne habilitée à venir récupérer l'enfant (autre que les parents)
……

Personne à prévenir en cas d'accident (nom prénom numéro de téléphone)
……

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : oui ☐ non ☐ Individuelle accident : oui ☐ non ☐

Compagnie d'assurance : ……

N° de police d'assurance : ……

Il est fortement recommandé aux familles de souscrire une assurance dommages corporels complémentaires.

DROIT A L'IMAGE

Votre (os) enfant (s) peut (vent) faire l'objet de prise de vue. Ces photographies pourront être diffusées à des fins internes (affichage dans les locaux) ou externes (prospectus, articles municipaux, site internet municipal, facebook, article de presse.)

☐ J'autorise la diffusion des images ☐ Je n'autorise pas la diffusion des images

Je soussigné(e), ……..père, mère, représentant légal de l'enfant ……,
Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, autorise le responsable du l'accueil à prendre le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil.

A Noves le, ……..
Signature du ou des parents

FICHE SANITAIRE 2023-2024

Mineur accueilli : ☐ fille ☐ garçon

Date de naissance :……

nom : ……Prénom :……

Responsable (s) légal :

NOM : ……PRENOM :……

✉Adresse :

……

……

@Mail :……

✆portable : ……/……/……/……/…… ✆fixe : ……/……/……/……/……

✆ travail : ……/……/……/……/……

Vaccinations : (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant, et joindre une copie*)

Vaccins obligatoires	Dates du dernier rappel	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-oreillons-rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
		BCG	
		Autres (*préciser)*	

Renseignements médicaux concernant le mineur accueilli :

Le mineur présente-t-il des troubles de la santé ?

Allergies médicamenteuses : ☐ oui ☐ non - préciser : ……

allergies alimentaires : ☐ oui ☐ non - préciser : ……

autres allergies : ☐ oui ☐ non- préciser : ……

asthme : ☐ oui ☐ non- préciser : ……

Diabète : ☐ oui ☐ non- préciser : ……

Épilepsie : ☐ oui ☐ non- préciser : ……

Autres : ☐ oui ☐ non- préciser : ……

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	**Rougeole**	**Oreillons**	**Rhumatisme articulaire aigu**	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? ☐ oui ☐ non

Merci de prendre contact avec le responsable de l'accueil.

Le mineur est-il en situation de handicap ? ☐ oui ☐ non

Si oui, merci de fournir la notification MDPH.

Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre (P.A.I) ? ☐ oui ☐ non

Merci de fournir une copie ou prendre contact avec le responsable de l'accueil.

Indiquer les **difficultés de santé** :(maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

……

……

……

……

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc… ?……

……

……

Je soussigné, ……responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : à Noves, le :