

Nom – prénom  
de l'enfant

**INSCRIPTION - INFORMATIONS**

09.72.96.55.04 / 06.88.71.18.31 – animnlr-spr@gatine-racan.fr

**Les lieux d'accueils :** 2 rue Racan 37370 SAINT-PATERNE-RACAN  
 2 rue de la Fourbisserie 37370 NEUVY-LE-ROI

**FACTURATION – Demandes attestations paiements, justificatifs**

02 47 29 83 86 - regiecompta@gatine-racan.fr

**2020 - 2021**

Cadre réservé au service jeunesse	OUI	NON	date si nécessaire ou observations
Attestation assurance			
Prise de photo			
Certificat médical			
PAI original			
PAI renouvellement			
Dossier PAI année en cours			
Saisie dossier			
Modification dossier			
Copie au directeur			

<b>REGIME D'APPARTENANCE Et QUOTIENT FAMILIAL</b>	<b>N° CAF</b>	<b>QF</b>
	<b>N° MSA</b>	<b>QF</b>
	<b>AUTRE</b>	<b>QF</b>

**ALSH agréé DDCS**  
**pôle jeunesse et sports**  
**d'Indre et Loire**



**Avec le soutien**  
**et le financement**  
**de la CAF Touraine**

# RENSEIGNEMENTS – Dispositif Jeunesse – année 2020.2021

RENSEIGNEMENTS SUR LE JEUNE		
NOM de l'enfant	Prénom	Date de naissance
Adresse		
·Tél. domicile	·Tél. portable (mère)	(père)
Ecole	Classe	
N° immatriculation sécurité sociale (sous lequel l'enfant est déclaré)		

RESPONSABLE 1 – (père)	RESPONSABLE 2 – (mère)
<u>Nom prénom</u>	<u>Nom prénom</u>
· <u>Adresse</u>	· <u>Adresse</u>
<u>Email</u>	<u>Email</u>
<u>Tél. travail</u>	<u>Tél. travail</u>
Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Situation des parents : <input type="checkbox"/> mariés <input type="checkbox"/> séparé/divorcé <input type="checkbox"/> autre : .....	

LE JEUNE est autorisé à repartir seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
<input type="checkbox"/>	accompagné uniquement par ses parents ou son tuteur inscrit(s) sur ce dossier		
<input type="checkbox"/>	accompagné par la (les) personne (s) inscrite (s) ci-dessous		
NOM	PRENOM	STATUT	N° TELEPHONE

**ASSURANCE** (joindre obligatoirement une attestation de responsabilité civile et individuelle accident extrascolaire)

l'enfant est assuré Société ..... Numéro de contrat .....

l'enfant n'est pas assuré et dans le cas où sa responsabilité serait reconnue pour quelque cause que ce soit, nous ferions notre affaire personnelle des risques encourus.

j'autorise  je n'autorise pas **la prise de photos et/ou de films de l'enfant** (pendant les temps d'accueil) **et sa publication** dans la presse, sur le site internet communautaire, par affichage dans les lieux publics, ou lors de manifestations publiques concernant le service jeunesse.

- **Je suis informé(e)** que la Communauté de Communes ne prendra pas en charge les frais médicaux ou pharmaceutiques encourus, pendant la période de présence de l'enfant lors des temps d'accueil.
- **Je reconnais** avoir pris connaissance du règlement intérieur du service pour lequel l'enfant est inscrit.
- **Je m'engage** à signaler tout changement qui interviendrait au cours de l'année (situation familiale, adresse...).
- **Je déclare** exacts les renseignements portés sur ce document et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

# FICHE SANITAIRE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

vaccins obligatoires	oui	non	dates des derniers rappels	vaccins recommandés	oui	non	dates
tétanos				coqueluche			
poliomyélite				BCG			
ou DT polio				diphtérie			
ou tétracoq				hépatite B			
ROR (*)				autres (préciser)			

(\*) Rubéole-Oreillons - Rougeole

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication  
**Attention :** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

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

	oui	non		oui	non		oui	non		oui	non			
rubéole			varicelle			coqueluche			otites			rhumatisme articulaire		
angine			scarlatine			rougeole			oreillons			aigü		

## L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

pathologie	traitement et/ou nom des médicaments

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**Remettre à la direction de l'accueil de loisirs, une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants  
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

## Mise en place obligatoire d'un PAI hors temps scolaire OUI NON (\*)

Pour les allergies alimentaires ou autres, l'asthme ou toute situation sanitaire particulière, l'**inscription** au restaurant scolaire, à l'accueil périscolaire et à l'accueil de loisirs **n'est envisageable qu'après la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé.**

pathologie	traitement et/ou nom des médicaments

(\*) merci de prendre rendez-vous avec le directeur du Dispositif Jeunesse avec la copie du PAI de l'école

difficultés de santé (*)	dates	précautions à prendre

(\*) maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...

## Recommandations utiles : port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives et/ou dentaires....

--

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du /des parents ou du tuteur légal