

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

2021 - 2022

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

| | | |
|---|--------|----|
| REGIME D'APPARTENANCE Et QUOTIENT FAMILIAL | N° CAF | QF |
| | N° MSA | QF |
| | AUTRE | QF |

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 mon enfant** (pendant les temps d'accueil) **et sa publication** dans la presse, sur le site internet communautaire, par affichage dans les lieux publics, en publication sur les réseaux sociaux du Dispositif Jeunesse (Facebook, YouTube, Instagram...) 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 | | |
| angine | | | scarlatine | | | rougeole | | | oreillons | | |
| | | | | | | | | | rhumatisme articulaire 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