



ACCUEIL DE LOISIRS DE POLIGNAC

BULLETIN D'INSCRIPTION



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENFANT

NOM : Prénom : Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐
Date de naissance : / / Lieu de naissance : Nationalité :
Etablissement scolaire : Classe :
NOM du médecin traitant : Téléphone du médecin : / / / /
L'enfant sait-il nager ? Oui ☐ Non ☐ L'enfant fait-il la sieste ? Oui ☐ Non ☐
Repas spéciaux ? Non ☐ Sans porc ☐ P.A.I ☐ :
Votre enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? Oui ☐ Non ☐
Adresse mail principale (pour envoi des factures et correspondance) ?

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Situation familiale : Mariés ☐ Pacsés ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ En concubinage ☐ Veuf(ve) ☐
Responsable légal de l'enfant : Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Autre ☐ :

Parent 1 : Père ☐ Mère ☐ Autre ☐ :

NOM : Prénom :
Date de naissance : / /
Lieu de naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél Fixe : / / / /
Tél portable : / / / /
Email :@.....
Profession :
Tel travail : / / / /
Régime : CAF ☐ MSA ☐ Autre ☐ :
N° allocataire :
Quotient familial :

Parent 2 : Père ☐ Mère ☐ Autre ☐ :

NOM : Prénom :
Date de naissance : / /
Lieu de naissance :
Adresse (si différente de Parent 1) :
Code Postal : Ville :
Tél Fixe : / / / /
Tél portable : / / / /
Email :@.....
Profession :
Tel travail : / / / /
Régime : CAF ☐ MSA ☐ Autre ☐ :
N° allocataire :
Quotient familial :

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant / Personne à contacter en cas d'urgence (autres que parents)

NOM/Prénom : Tél : / / / / Parenté :
NOM/Prénom : Tél : / / / / Parenté :
NOM/Prénom : Tél : / / / / Parenté :
NOM/Prénom : Tél : / / / / Parenté :

Personne non-autorisée à venir récupérer l'enfant

NOM/Prénom : Tél : / / / / Parenté :

AUTORISATIONS

Je soussigné Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Tuteur ☐
de l'enfant atteste des autorisations suivantes :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ J'autorise mon enfant à être filmé et photographié dans le cadre des sorties/activités : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Je consens à ce que les photos/vidéos où pourraient apparaître mon enfant soient diffusées <u>uniquement</u> sur le site internet de la mairie de POLIGNAC (afin que les parents puissent voir les activités réalisées par leur(s) enfant(s) au sein de la structure). | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ J'autorise l'utilisation de l'application CDAP (Consultation du Dossier Allocataire par les Partenaires) : Ce site, mis à disposition par la CAF, nous permet d'avoir accès en temps réel au quotient familial des familles (et seulement à cette donnée). | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ J'autorise la direction à administrer les médicaments prescrits sur ordonnance à mon enfant : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ J'autorise la direction à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence ou urgences médicales : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ J'autorise mon enfant à rentrer seul (aux heures habituelles de départ du centre) : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ J'autorise mon enfant à utiliser les transports prévus dans le cadre des activités (Bus, TUDIP, voiture) : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

CASES A COCHER OBLIGATOIREMENT

- ☐ Je certifie avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur de la structure.
- ☐ Je m'engage à prévenir la structure de tout changement (adresse postale, mail, numéros de téléphone, changement de situation personnelle et professionnelle, maladies graves, vaccins, etc ...) afin que mon dossier soit et reste à jour.

RECAPITULATIF DES DOCUMENTS A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Copie du carnet de vaccination de l'enfant (à jour) <input type="checkbox"/> Assurance extra ou périscolaire de l'année en cours <input type="checkbox"/> Assurance responsabilité civile | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Votre quotient familial (QF) à demander à la CAF <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire de liaison datée et signée <input type="checkbox"/> Le présent bulletin d'inscription daté et signé |
|--|--|

Date :

Date :

Signature du parent 1 :

Signature du parent 2 :