

ENFANT

Nom: Prénom:
Date de naissance:
Scolarisé à:
Adresse :
Téléphone portable du jeune: Mail personnel du jeune:

SANTÉ

Enfant en situation de handicap: OUI NON Lequel:
Dossier MDPH OUI NON

Votre enfant bénéficie-t-il d'un protocole d'accueil individualisé (PAI)? OUI NON

Allergies: médicamenteuses asthme
alimentaires autres:

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, 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

Nom du médecin de famille: Numéro Professionnel:

PARENTS / TUTEURS

Représentant légal

Nom / Prénom:
Adresse:
.....
.....

Courriel:

Portable:

Numéro Professionnel:

Représentant légal

Nom / Prénom:
Adresse:
.....
.....

Courriel:

Portable:

Numéro Professionnel:

SITUATION FAMILIALE

Merci d'entourer votre réponse: Marié(e)/ Pacsé(e) / Vie maritale / Divorcé(e) / Séparé(e)/ Célibataire / Veuf(ve)

Pour les familles en garde alternée, merci de fournir un calendrier.

N° d'allocataire: Nom du bénéficiaire: Régime général: CAF ou MSA

HOSPITALISATION/ ASSURANCE

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgences vers l'hôpital approprié. La famille est immédiatement prévenue par nos soins.

N° de sécurité Sociale du responsable de l'enfant:

DROIT A L'IMAGE

- J'autorise les services à utiliser l'image de mon ou mes enfant(s) sur les différents outils de communication de la Mairie de Bidart.
- Je n'autorise pas.

DÉCLARATION DU RESPONSABLE

Je soussigné(e)..... père/ mère/ tuteur/ responsable légal du mineur:.....déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'Accueil de Loisirs/ Local Jeunes.
- Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs / Local Jeunes.
- J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'Accueil de Loisirs / Local Jeunes en minibus ou en bus.
- Je m'engage à faire enregistrer l'arrivée et le départ de mon enfant à l'Accueil Loisirs.
- J'autorise les structures à conserver mes données personnelles dans mon dossier.
- J'autorise les services à récupérer mon enfant à l'hôpital.

Exclusivement pour le LOCAL JEUNES : Modalité d'accueil Local Jeunes (voir règlement intérieur)

Je soussigné(e) Mr.Mme,....., responsable de l'enfant....., déclare avoir pris connaissance du programme d'activités et l'inscrire au Local Jeunes.

Je déclare choisir la modalité d'accueil n°.....

Heure de départ matin :..... (uniquement pour la modalité d'accueil n°2)

Heure de départ après le repas :..... (uniquement pour la modalité d'accueil n°2)

Heure de départ après midi :..... (uniquement pour la modalité d'accueil n°2)

Heure de départ après une veillée :..... (uniquement pour la modalité d'accueil n°2) Réservé 14/17 ans

Personnes autorisées à récupérer mon enfant :

Nom / Prénom:

Portable:.....

Nom / Prénom:

Portable:.....

Nom / Prénom:

Portable:.....

Nom / Prénom:

Portable:.....

Nom / Prénom:

Portable:.....

Nom / Prénom:

Portable:.....

PAIEMENT

Le nom du payeur:.....

Précisez si 2 payeurs différents pour les gardes alternées.

- Prélèvement automatique (fournir un RIB et remplir le formulaire de prélèvement si nouvel arrivant)
- Autres modes de paiement (paiement sécurisé sur internet, chèque, espèces, CESU pour l'Accueil de Loisirs uniquement).

CONSETEMENT

- J'ai pris connaissance du règlement intérieur des services péri et extrascolaires et /ou Local Jeunes, et m'engage à le (les) respecter.

Signature du (des) responsable(s):

Pièces à fournir

- ✓ **Vaccins obligatoires** pour fréquenter les services: DIPHTÉRIE, TETANOS, et POLIOMYELITE (DTP)
- ✓ **Attestation de Quotient Familial CAF** du mois de janvier
- ✓ **Attestation d'assurance responsabilité civile**
- ✓ **Calendrier garde alternée** (parents séparés)