

Dossier Inscription Ville de DON

Année 2020-2021

**PHOTO
obligatoire**

RENSEIGNEMENT ENFANT:

Sexe : F M

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Né(e) le : À Adresse :

Code postal: Ville.....

Ecole..... Classe

Cycle..... Niveau.....

Régime Social (CAF, MSA, Autre)..... N° Allocataire

Quotient Familial (Montant) Depuis le

Nom et N° de l'assurance scolaire :

Couvre-t-elle les différentes périodes d'accueils extrascolaires ? Oui Non

Informations Complémentaires:

.....
.....

Nom et téléphone du médecin traitant :

• Votre enfant peut-il pratiquer des activités sportives ? Oui Non

Autorisation de la personne photographiée quant à la libre utilisation de son image

Autorise la réalisation et la divulgation d'images

N'autorise pas la réalisation et la divulgation d'images sur laquelle mon enfant apparaît.

Ces images pourront être utilisées par la Ville de DON sans limitation quant à la durée ou au support utilisé.

► Votre enfant peut-il repartir seul ? Oui Non

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A REPRENDRE L'ENFANT :

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Qualité : Qualité :

Adresse : Adresse :

☎

☎

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Qualité : Qualité :

Adresse : Adresse :

☎

☎

RENSEIGNEMENT FAMILLE

<u>Parent 1 :</u>	<u>Parent 2 :</u>
Nom.....Prénom.....	Nom.....Prénom.....
Adresse :	Adresse :
Commune:Code Postal:.....	Commune:Code Postal:
Adresse Mail :.....	Adresse Mail :.....
N° de Sécurité Social :	N° de Sécurité Social :
Destinataire de la facture : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Destinataire de la facture : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Mode de règlement.....	Mode de règlement.....
Responsable du paiement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Responsable du paiement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
☎ Portable:	☎ Portable:
☎ Domicile:	☎ Domicile:
☎ Travail:	☎ Travail:
Nom de l'employeur :	Nom de l'employeur :
Adresse :	Adresse :
☎ :	☎ :
N° et Nom de la mutuelle :	N° et Nom de la mutuelle :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE D'URGENCE

Nom :..... **Prénom :**..... **☎ :**.....

Autorisez-vous la Direction du Service Enfance-Jeunesse à prendre toutes mesures qui s'avèreraient nécessaires dans l'intérêt de l'enfant? (visite chez le médecin, hospitalisation éventuelle sur son avis)

Oui Non

En cas de réponse négative, veuillez indiquer clairement la marche à suivre :

.....
.....

SANTE :

Si votre enfant est atteint d'allergies, s'il suit un traitement médical, s'il suit un régime alimentaire spécifique ou s'il souffre d'une affection qui contre-indiquerait certains actes médicaux, il est impératif d'en informer la Directrice de l'Accueil de Loisirs et de mettre en place un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

Nom et prénom du responsable légal de l'enfant si autre que les parents:.....
En cas de modification d'une des informations de ce dossier, Il est important d'en informer le service administratif de la Mairie.

Fait à le **Signature**