

DOSSIER D'INSCRIPTION EN ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

A.C.M. « BEAULIEU » AVENUE DE BEAULIEU 83720 TRANS-EN-PROVENCE

Les informations demandées ci-dessous sont utilisées exclusivement par les services municipaux pour la constitution de votre dossier administratif. En application de la loi 78-17 du 06/01/1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du règlement général sur la protection des données 2016/679 du 27/04/2016 (RGPD), chaque personne dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations collectées. Ce droit peut être exercé auprès du service scolaire de la ville.

Autorisation de partage d'informations avec les services affiliés (Restaurant scolaire, affaires scolaires) : OUI - NON

L'ENFANT

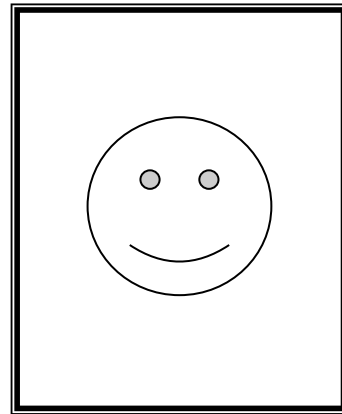
NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ECOLE ET CLASSE :

.....
.....



REPRESENTANTS LEGAUX

NOM :

PRENOM :

LIEN DE PARENTE :

TELEPHONE PORTABLE :

.....

TELEPHONE TRAVAIL :

.....

ADRESSE :

.....

.....

.....

NOM :

PRENOM :

LIEN DE PARENTE :

TELEPHONE PORTABLE :

.....

TELEPHONE TRAVAIL :

.....

ADRESSE :

.....

.....

.....

AUTRE

EDUCATEUR, FAMILLE D'ACCUEIL, ETC...

NOM :

.....

TELEPHONE PORTABLE :

.....

TELEPHONE TRAVAIL :

.....

ADRESSE :

.....

.....

.....

SITUATION FAMILIALE

- CELIBATAIRE
- MARIE(E) / PACSE(E)
- DIVORCE(E)
- SEPRE(E)
- CONCUBINAGE
- VEUF(VE)

INFORMATIONS SOCIALES

REGIME ALLOCATAIRE :

- Général
- Fonctionnaire
- Autres

LA SANTE DE L'ENFANT

ALLERGIES : DESCRIPTION DES SYMPTOMES, CRISES, ...

.....

.....

.....

REPAS SPECIAUX :

.....

.....

.....

AMENAGEMENTS PARTICULIERS : APPAREILLAGE, MAL DES TRANSPORTS, AUTRES...

.....

.....

.....

MEDICAL :

MEDECIN TRAITANT

NOM & PRENOM

TEL ADRESSE

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ? OUI - NON

JOINDRE L'ORDONNANCE ET LES MEDICAMENTS CORRESPONDANTS (EMBALLAGE D'ORIGINE AVEC LE NOM DE L'ENFANT ET LA NOTICE). AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

L'ENFANT A-T-IL UNE PATHOLOGIE PARTICULIERE ? OUI - NON

LAQUELLE

SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER

.....
.....

CONDUITE A TENIR

.....
.....
.....

Y A-T-IL UN PAI (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE) ? OUI - NON

NOMS DES STRUCTURES ASSOCIEES

TEL REFERENT

L'ENFANT A-T-IL UN SUVI PARTICULIER ? (PSYCHOMOTRICIEN, ORTHOPHONISTE, AUTRE...)

NOM

JOURS ET HEURES D'INTERVENTION

COORDONNEES

NOM

JOURS ET HEURES D'INTERVENTION

COORDONNEES

NOM

JOURS ET HEURES D'INTERVENTION

COORDONNEES

ACCEPTEZ VOUS QUE L'ACM PRENNE CONTACT AVEC CES PROFESSIONNELS SI BESOIN ? OUI
- NON

VIE QUOTIDIENNE

ALIMENTATION :

SEUL

AVEC AIDE

Commentaire :

.....

.....

SOMMEIL, ENDORMISSEMENT :

SEUL

AVEC AIDE

Commentaire :

.....

.....

PROPRETE :

SEUL

AVEC AIDE

Commentaire :

.....

.....

COMMUNICATION, LANGAGE :

SEUL

AVEC AIDE

Commentaire :

.....

.....

AUTONOMIE MOTRICE :

SEUL

AVEC AIDE

Commentaire :

.....

.....

CE QUE L'ENFANT AIME FAIRE :

.....

.....

CE QUI LE CONSOLE :

.....

.....

CE QU'IL CRAINT :

.....

.....

AUTRE :

.....

AUTORISATIONS

JE SOUSSIGNE(E), REPRESENTANT
LEGAL DE L'ENFANT

AUTORISE - N'AUTORISE PAS MON ENFANT A PARTICIPER A TOUTES LES ACTIVITES.

AUTORISE - N'AUTORISE PAS LE PERSONNEL ENCADRANT A PHOTOGRAPHER MON ENFANT
DURANT LES ACTIVITES ET A UTILISER LES IMAGES POUR L'ILLUSTRATION DES SUPPORTS DE
COMMUNICATION DE L'ACM (EXPOSITION EN INTERNE, AFFICHES, ETC...)

AUTORISE - N'AUTORISE PAS LA DIFFUSION DES PHOTOS DE MON ENFANT SUR LE SITE
INTERNET OFFICIEL DE LA COMMUNE.

AUTORISE - N'AUTORISE PAS L'ACM A M'ENVOYER DES COURRIELS ET SMS.

AUTORISE - N'AUTORISE PAS LE/LA DIRECTEUR/TRICE DE L'ACM A FAIRE PRATIQUER LES
INTERVENTIONS D'URGENCE SUIVANT LES PRESCRIPTIONS DU MEDECIN TRAITANT OU A
DEFAUT DU MEDECIN AYANT PRATIQUE L'EXAMEN MEDICAL.

M'ENGAGE A PAYER LES FRAIS OCCASIONNES PAR L'ETAT DE SANTE DE MON ENFANT.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE PAR ORDRE DE PRIORITE

NOM & PRENOM
TEL LIEN DE PARENTE

NOM & PRENOM
TEL LIEN DE PARENTE

NOM & PRENOM
TEL LIEN DE PARENTE

PERSONNES AUTORISEES OU INTERDITES A RECUPERER L'ENFANT

AUTORISEES :

NOM & PRENOM

TEL LIEN DE PARENTE

NOM & PRENOM

TEL LIEN DE PARENTE

NOM & PRENOM

TEL LIEN DE PARENTE

NOM & PRENOM

TEL LIEN DE PARENTE

NOM & PRENOM

TEL LIEN DE PARENTE

INTERDITES (JOINDRE LE JUGEMENT) :

NOM & PRENOM

LIEN DE PARENTE

NOM & PRENOM

LIEN DE PARENTE

NOM & PRENOM

LIEN DE PARENTE

JE (NOUS) SOUSSIGNE(S),
RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) DE L'ENFANT CERTIFIE(IONS) SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE
DES RENSEIGNEMENTS FIGURANT SUR CETTE FICHE.

FAIT A

LE

SIGNATURE(S) :