

# **DOSSIER D'INSCRIPTION EN ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS**

**2021 - 2022**

**A.C.M. « LEI CIGALOUN »**

**CHEMIN DES CLAUSES 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*

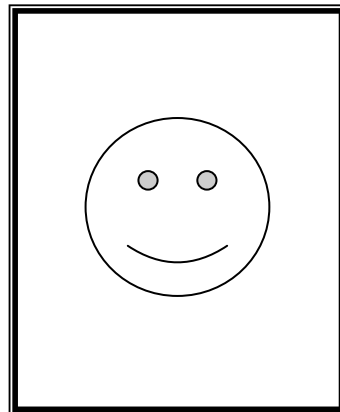
## **L'ENFANT**

NOM : .....

PRENOM : .....

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

ECOLE ET CLASSE :  
.....



## **REPRESENTANTS LEGAUX**

NOM : .....

PRENOM : .....

LIEN DE PARENTE : .....

TELEPHONE PORTABLE :  
.....

TELEPHONE TRAVAIL :  
.....

ADRESSE MAIL :  
.....

ADRESSE :  
.....

NOM : .....

PRENOM : .....

LIEN DE PARENTE : .....

TELEPHONE PORTABLE :  
.....

TELEPHONE TRAVAIL :  
.....

ADRESSE MAIL :  
.....

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.

**AUTORISE - N'AUTORISE PAS** LE/LA DIRECTEUR/TRICE DE L'ACM OU L'ANIMATEUR REFERENT LA SORTIE D'ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.

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) :