

2022-2023

DOSSIER D'INSCRIPTION EN ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

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.

J'autorise le partage d'informations avec les services affiliés : Restaurant scolaire, affaires scolaires.

L'ENFANT

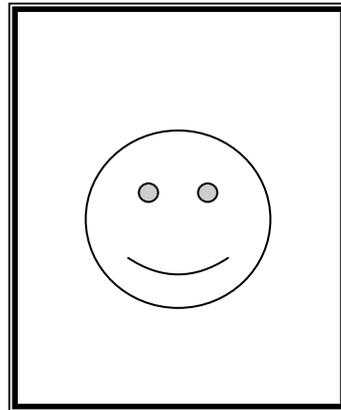
NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Ecole et classe :

.....



REPRESENTANTS LEGAUX

Assistant familial (cochez si oui)

NOM :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone portable :

.....

Téléphone travail :

.....

Adresse mail :

.....

Adresse postale :

.....

.....

.....

NOM :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone portable :

.....

Téléphone travail :

.....

Adresse mail :

.....

Adresse postale :

.....

.....

.....

SITUATION FAMILIALE

- Célibataire
- Marié(e) / pacsé(e)
- Divorcé(e)
- Séparé(e)
- Concubinage
- Veuf/veuve

INFORMATIONS SOCIALES

REGIME ALLOCATAIRE :

- Général
- Fonctionnaire
- Autres

LA SANTE DE L'ENFANT

Médecin traitant :

NOM & prénom

Tél : Adresse :

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

Joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (emballage d'origine avec le nom de l'enfant et la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Signes cliniques à surveiller :

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

Conduite à tenir :

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

Y A-T-IL UN PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? OUI NON

Structures associées :

Tél : Référent :

L'ENFANT A-T-IL UN SUVI PARTICULIER ? (Psychomotricien, orthophoniste, autre...)

NOM

Jours et heures d'intervention

Coordonnées

NOM

Jours et heures d'intervention

Coordonnées

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

OUI NON

PRATIQUE ALIMENTAIRE :

.....

AUTRES AMENAGEMENTS PARTICULIERS : (Appareillage, mal des transports, etc.)

.....

.....

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 soussigné(e), représentant légal de l'enfant

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités..... OUI NON

Autorise la diffusion de l'image de mon enfant dans le cadre d'illustration de supports de communication de l'ACM (exposition en interne, affiches, reportages et articles portant sur les animations réalisées à l'ACM)..... OUI NON

Autorise la diffusion des photos de mon enfant sur le site internet officiel et la page Facebook officielle de la commune pour promouvoir les activités de l'ACM..... OUI NON

Autorise la communication par mail (informations, factures, etc)..... OUI NON

Autorise la communication par SMS (informations, suivi de situations)..... OUI NON

Autorise le/la responsable de l'ACM à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention d'urgence, traitement médical...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant..... OUI NON

Autorise la sortie d'établissement hospitalier..... OUI NON

Je m'engage à payer les frais occasionnés par l'état de santé de mon enfant.

Je déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur qui m'a été fourni.

PERSONNES A CONTACTER

Si la personne est mineure, joindre une autorisation parentale.

Nom & prénom :

Lien de parenté : Tel :

Appel en cas d'urgence OUI NON

Autorisée à récupérer l'enfant OUI NON

Nom & prénom :

Lien de parenté : Tel :

Appel en cas d'urgence OUI NON

Autorisée à récupérer l'enfant OUI NON

Nom & prénom :

Lien de parenté : Tel :

Appel en cas d'urgence OUI NON

Autorisée à récupérer l'enfant OUI NON

Nom & prénom :

Lien de parenté : Tel :

Appel en cas d'urgence OUI NON

Autorisée à récupérer l'enfant OUI NON

Nom & prénom :

Lien de parenté : Tel :

Appel en cas d'urgence OUI NON

Autorisée à récupérer l'enfant OUI NON

PERSONNES INTERDITES (Joindre le jugement) :

Nom & prénom :

Lien de parenté :

Nom & prénom :

Lien de parenté :

Je (nous) soussigné(s),
Responsable(s) légal(aux) de l'enfant certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements
figurant sur ce dossier.

Fait à Le

SIGNATURE(S) :