

Accueils Périscolaires / Extrascolaires

Scolaires de la commune des Deux Alpes

INFORMATIONS CONCERNANT LES PARENTS

	REPRESENTANT 1 <input type="checkbox"/> Maman - <input type="checkbox"/> Papa - <input type="checkbox"/> Autre : _____	REPRESENTANT 2 <input type="checkbox"/> Maman - <input type="checkbox"/> Papa - <input type="checkbox"/> Autre : _____
Nom et prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Numéro de téléphone	Portable : Fixe : Travail :	Portable : Fixe : Travail :
Adresse mail		
Situation maritale		
Profession		
Adresse employeur		
Numéro d'allocataire CAF 	_____ <input type="checkbox"/> J'accepte <input type="checkbox"/> Je n'accepte pas que la mairie des Deux Alpes accède à mon compte CAF*	_____ <input type="checkbox"/> J'accepte <input type="checkbox"/> Je n'accepte pas que la mairie des Deux Alpes accède à mon compte CAF*
Quotient familiale en cours		
<i>*En l'absence de QF RESSOURCES 2019</i>		
Payeur principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adresse	Rue : Ville : Code postal :	Rue : Ville : Code postal :

*Dans le cas où la Mairie des Deux Alpes ne pourrait pas consulter mes ressources via le service CAFPRO, je m'engage à fournir mon avis d'imposition. Pour les couples non mariés, merci de fournir les 2 avis d'imposition 2019. **Si ces justificatifs ne sont pas transmis: le tarif plafond sera appliqué.**

Personnes habilitées à récupérer mon(mes) enfant(s) et à être contactés en cas d'urgence			
Nom	Prénom	Lien de parenté avec le / les enfant(s)	Téléphone

INFORMATIONS CONCERNANT LE / LES ENFANTS INSCRITS

Enfant (s)

1 : Né(e) le .../...../..... à..... M F **Classe :** _____ non scolarisé
 2:..... Né(e) le .../...../..... à..... M F **Classe :** _____ non scolarisé
 3:..... Né(e) le .../...../..... à..... M F **Classe :** _____ non scolarisé
 4:..... Né(e) le .../...../..... à..... M F **Classe :** _____ non scolarisé

Autorisations parentales - Accueils périscolaires / Extrascolaires 2020-2021		
J'autorise		
Mon (mes) enfant(s) à participer à toutes les activités organisées au sein du / des accueil (s) concerné(s). Si non : merci de garder votre (vos) enfant(s) à la maison ces jours-là.		
Le directeur ou responsable du service et/ou du/ des site(s) concerné(s) à prendre toutes les mesures sanitaires nécessaires, en cas d'urgence vitale.		
La commune des Deux Alpes ainsi que « ses partenaires » à utiliser les photographies ou vidéos de mon (mes) enfant(s) dans le cadre d'opérations de communication et d'information (bulletin et site municipal, « Facebook » de la Ville, presse etc.) conformément à la réglementation au droit de l'image (article 9 du code civil) et décharge de toutes responsabilités la commune et « ses partenaires ».		

Uniquement pour les enfants du CP au CM2		
J'autorise mon /mes enfant(s) à rentrer seul(s) des services suivants :		
<i>Nom et Prénom de l'enfant</i>	<i>Temps périscolaire "Soir"</i>	<i>Temps extrascolaire "ALSH"</i>
	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
Si  : <u>UNE AUTORISATION SPECIFIQUE</u> est à remplir auprès du service.		

Je soussigné (e) _____ déclare en qualité de représentant légal du/des enfants inscrits :

→ Avoir pris connaissance et accepté les règlements de fonctionnement (activités périscolaires et extrascolaires) et m'engage à le respecter et à le faire appliquer à mon/mes enfant(s).

→ Avoir transmis les renseignements exacts et pièces justificatives obligatoires

A : _____ le :

Signature du/des représentant(s) légal/légaux



FICHE SANITAIRE DE LIAISON (une par enfant)

ENFANT : NOM : _____ PRÉNOM : _____

GARÇON FILLE

DATE DE NAISSANCE : / /

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : _____

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracog				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES : JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL.

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui Non

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

Problème de santé / Allergies = PAI (Plan d'Accueil Individualisé) obligatoire : OUI - NON

PRÉCISEZ LA NATURE ET LA CONDUITE À TENIR :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC. ?

Merci de préciser :

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A..... le

Signature du/des représentant(s) légal/légaux