


## FORMULAIRE D'INSCRIPTION « FAMILLE » 2024-2025

### Service Enfance et Jeunesse - Le Bonhomme de Neige

#### 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		
Numéro de téléphone	Portable : Fixe : Travail :	Portable : Fixe : Travail :
Adresse mail		
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*
Régime allocataire	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre _____
Quotient familiale en cours		
<i>*En l'absence de QF RESSOURCES 2022</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 2022. **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 2024-2025		
<b>J'autorise</b>		
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 :		
Nom et Prénom de l'enfant	Temps périscolaire "Soir"	Temps extrascolaire "ALSH"
	<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 : UNE AUTORISATION SPECIFIQUE 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).

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, Hépatite B, Rubéole Oreillons Rougeole, Coqueluche, BCG, 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 ?

Table with 5 columns: RUBEOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE. Rows include COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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**