


## FORMULAIRE D'INSCRIPTION «PERMANENT» 2025-2026

### 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 2023</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 2023. **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 2025-2026		
<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, extrascolaires et transport scolaire) 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

*Nous vous informons que nous collectons vos données personnelles uniquement dans le cadre de la prise en charge de vos enfants. Notamment, afin de connaître les autorisations parentales et les contacts d'urgence des enfants de la commune Les 2 Alpes et de L'Oisans. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et de vos droits, reportez-vous à notre **règlement intérieur de l'accueil de loisir extrascolaire permanent**.*

# 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	
<b>Ou DT polio</b>				BCG	
<b>Ou Tétracoq</b>				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"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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

*Nous vous informons que nous collectons vos données personnelles uniquement dans le cadre de la prise en charge de vos enfants. Notamment, afin de connaître les autorisations parentales et les contacts d'urgence des enfants de la commune Les 2 Alpes et de L'Oisans. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et de vos droits, reportez-vous à notre **règlement intérieur de l'accueil de loisir extrascolaire permanent**.*

