

**FICHE D'INSCRIPTION 2023**

Accueils Collectifs de Mineurs

Avec le soutien
de la Caf de la
Réunion**VACANCES SCOLAIRES /MERCREDIS JEUNESSE 1^{er} semestre 2023**

ENFANT	GRUPE
Nom : Prénom : Date de naissance :/...../..... Adresse : Code postal : 97 4 Ville :	<input type="checkbox"/> 3 - 5 ans révolus <input type="checkbox"/> 6 - 11 ans révolus
Scolarité École fréquentée : Classe : Commune :	SÉJOUR <input type="checkbox"/> Vacances janvier 2023 Du 4 au 18 janvier 2023 CENTRE : <input type="checkbox"/> MJ 1 ^{er} semestre 2023 Du 25 janvier au 28 juin 2023 CENTRE :

REPRESENTANT LÉGAL	
Responsable légal <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	Responsable légal <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Nom : Prénom : Profession : Adresse (si différente de l'enfant) : Tél : 069 Tél : 069 Tél : 0262 E.mail : @	Nom : Prénom : Profession : Adresse (si différente de l'enfant) : Tél : 069 Tél : 069 Tél : 0262 E.mail : @

Situation familiale : Marié PACS Célibataire Concubinage Autre

Autre représentant légal :	
Mr/Mme : Adresse : Tél : 069 Tél : 0262	Qualité : Ville :

AUTORISATIONS	
Je soussigné(e) père-mère-représentant légal* de l'enfant,	
<input type="checkbox"/> Autorise les personnes majeures nommées ci-dessous à récupérer mon enfant :	
Mr ou Mme : Tél : Lien avec l'enfant :	
Mr ou Mme : Tél : Lien avec l'enfant :	
Mr ou Mme : Tél : Lien avec l'enfant :	
<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à participer aux sorties et aux activités physiques et sportives organisées par le centre, Si contre-indication , précisez :	
<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à utiliser le transport collectif lors des sorties,	
<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à rentrer seul (concerne uniquement les enfants des centres élémentaires),	
<input type="checkbox"/> Autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre de la communication des actions de la Ville,	
<input type="checkbox"/> Autorise la prise en charge et l'évacuation de mon enfant vers le centre hospitalier le plus proche si nécessaire,	
Signature	TSVP

* Rayer les mentions inutiles



FICHE SANITAIRE

SANTE :

Votre enfant est-t-il :

- atteint d'une maladie chronique

Oui

Non

Si OUI précisez :

Conduite à tenir :
.....
.....

- en situation d'handicap

Oui

Non

Si OUI précisez :

Conduite à tenir ou besoin d'accueil spécifique :
.....
.....

- allergique (médicament, aliment,...)

Oui

Non

Si OUI précisez :

Conduite à tenir :
.....
.....

Un Projet d'Accueil Personnalisé est-il nécessaire ?

OUI

NON

Si OUI, formulaire à renseigner.

RESTRICTION ALIMENTAIRE :

.....
.....

AUTRES INFORMATIONS UTILES POUR L'ACCUEIL

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc. Précisez :
.....
.....

Je soussigné(e) père-mère-représentant légal* de l'enfant, déclare exact

les renseignements portés sur ce dossier.

A.....

le.....

Signature :

* Rayer les mentions inutiles