



# Centre Social Municipal Françoise Dolto PECQUENCOURT

## DOSSIER D'INSCRIPTION 2018-2019



NOM PRENOM de l'enfant :

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT		
NOM	PRENOM	DATE ET LIEU DE NAISSANCE
ADRESSE		ECOLE et CLASSE FREQUENTEE
Numéro d'allocataire CAF : .....		Régime alimentaire particulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lequel ?.....

Responsables légaux			
	Père	Mère	Tuteur
NOM – Prénom			
Profession			
Téléphone portable			
Téléphone domicile			
Téléphone travail			
Adresse email de contact (obligatoire)			

ASSURANCE – RESPONSABILITÉ CIVILE (joindre OBLIGATOIREMENT une attestation)	
NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE	
NUMERO DE POLICE D'ASSURANCE	

Partie réservée au centre social				
Actions	Observations		Eléments du dossier	
<input type="checkbox"/> ALSH	<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Droit image	<input type="checkbox"/> Fiche sanitaire	<input type="checkbox"/> Avis d'impôt
<input type="checkbox"/> GARDERIES	<input type="checkbox"/> Santé	<input type="checkbox"/> Repart seul	<input type="checkbox"/> Vaccins	<input type="checkbox"/> Justificatif domicile
<input type="checkbox"/> LALP	<input type="checkbox"/> Traitement	<input type="checkbox"/> Navette : -----	<input type="checkbox"/> Assurance	<input type="checkbox"/> EXT
<input type="checkbox"/> CLAS	<input type="checkbox"/> PAI		<input type="checkbox"/> Sécurité sociale	<input type="checkbox"/> Justificatif domicile GP
<input type="checkbox"/> SEJOURS	<input type="checkbox"/> Régime Alimentaire		<input type="checkbox"/> Mutuelle	
<input type="checkbox"/> -----				



P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

**3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL:

DES LENTILLES	DES LUNETTES	DES PROTHÈSES AUDITIVES	DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

En cas de nécessité d'hospitalisation précédé d'un transport sanitaire (Pompiers ou ambulance privée), je désire que mon enfant soit dirigé de préférence vers (Indiquer le nom et l'adresse de l'hôpital ou de la clinique de votre choix – La décision finale d'orientation reviendra à un médecin régulateur du SAMU ou tout autre autorité médicale):

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif).....

**5 - AUTORISATIONS**

Mon enfant à participer aux activités (y compris les activités physiques et sportives) et sorties organisées pendant toute la durée des actions pour lesquelles il est inscrit (avec possibilité de départ avancé et de retour tardif)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Mon enfant à participer aux éventuelles baignades surveillées mises en place durant les accueils.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Mon enfant à être transporté dans un véhicule communal ou transport collectif de location pour toute activité et/ou sortie organisées dans le cadre des actions dans lesquelles il est inscrit	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Mon enfant à participer à l'activité camping	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Les responsables des actions dans lesquelles mon enfant est inscrit à prendre les mesures d'urgence nécessaires en cas d'accident	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
 Le centre social à filmer ou photographier mon enfant lors des actions pour lesquelles il est inscrit et à diffuser ces images sur les supports de communications du centre social (flyers, site internet, réseaux sociaux...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

\*\*\*\*\*

**J'autorise mon enfant à repartir seul ?**  OUI  NON

\*\*\*\*\*

Personnes autorisées à reprendre mon enfant (indiquer nom, prénom et numéro de téléphone) :

.....

.....

.....

.....

\*\*\*\*\*

Je soussigné(e), Mme – M. ....

Né(e) le ..... à .....

Agissant en qualité de responsable légal de l'enfant,

- Déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier.
- Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à m'y conformer (règlement disponible sur demande et affiché dans l'ensemble des structures d'animations).
- Autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à ..... Le .....

SIGNATURE :



---

**LE DOSSIER D'INSCRIPTION DOIT OBLIGATOIREMENT CONTENIR LES ELEMENTS SUIVANTS :**

- Photocopie du carnet de vaccinations **A JOURS**
- Droit Image
- Numéros d'allocataire CAF
- Assurance responsabilité civile
- Attestation sécurité sociale
- Copie mutuelle
- **Justificatif de domicile** **Nouveau!**
- Justificatif de domicile des grands parents (si l'enfant n'est pas domicilié à Pecquencourt)
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition.

**Dans le cas où tous les éléments ne seraient pas fournis, nous nous réservons le droit de ne pas accueillir votre enfant au sein des activités.**

---

Les informations recueillies par le centre social municipal Françoise DOLTO font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative des actions enfance de la Ville de Pecquencourt.

La Mairie, l'Education Nationale, les agents habilités de l'Etat et des collectivités locales, organismes de sécurité sociale, les caisses d'allocations familiales peuvent également être destinataires d'informations nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez adresser votre demande par courrier à *Monsieur le Maire de Pecquencourt – Place du Général de Gaulle – 59146 Pecquencourt*