



**Maison de la Jeunesse et de l'Insertion - Pôle Enfance & Jeunesse**

**Dossier d'inscription 2024-2025**

*Validité de ce dossier : du 01/09/2024 au 31/08/2025*

NOM PRENOM de l'enfant :

NOM de l'enfant	
PRENOM de l'enfant	
Date et lieu de naissance de l'enfant	
Adresse principale de l'enfant	
École et classe (sept 2024)	
Numéro d'allocataire CAF :	
Choix du menu de cantine : <i>Aucun autre choix possible. Choix valable pour toute l'année.</i>	<input type="checkbox"/> Classique <input type="checkbox"/> Sans viande
Enfant en situation de handicap ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, bénéficiaire de l'AEEH ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non L'enfant a-t-il un PAI ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	L'enfant est-il placé chez un(e) assistant(e) familial(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non L'enfant est-il en garde alternée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Responsables légaux / Contact légal			
Père ; Mère ; Assistant familial...			
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 à la Maison de la Jeunesse et de l'Insertion.				
Actions	Observations particulières	Eléments du dossier		
<input type="checkbox"/> ALSH	<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> X Droit image	<input type="checkbox"/> Fiche sanitaire	<input type="checkbox"/> Justificatif domicile
<input type="checkbox"/> GARDERIES	<input type="checkbox"/> Santé	<input type="checkbox"/> Repart seul	<input type="checkbox"/> Vaccins	<input type="checkbox"/> EXT
<input type="checkbox"/> Espace jeunes	<input type="checkbox"/> Traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Assurance	<input type="checkbox"/> Justificatif ext
<input type="checkbox"/> CLAS	<input type="checkbox"/> PAI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sécurité sociale	<input type="checkbox"/> ADHESION 2024-2025
<input type="checkbox"/> SEJOURS	<input type="checkbox"/> Régime Alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mutuelle	<input type="checkbox"/> Cotisation accueil ados
<input type="checkbox"/> -----				

**L'adhésion au centre social est obligatoire pour accéder aux actions du pôle enfance et jeunesse**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## Informations confidentielles



NOM	PRENOM	SEXE	Date de Naissance	AGE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la période d'accueil du mineur à l'accueil de loisirs sans hébergement (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles). Elle pourra être transmise aux services de secours en cas de besoin.

### 1 - VACCINATIONS **(Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination)**

Vaccins obligatoires	Oui		Non		Vaccins obligatoires (Pour les enfants nés après le 1 <sup>er</sup> janvier 2018)	Oui		Non		Vaccins Facultatifs	Oui		Non		
Diphtérie					Coqueluche *					BCG					
Tétanos					Haemophilus*					Autre :					
Poliomyélite					Hépatite B*					Autre :					
L'ensemble des vaccins obligatoires doivent être à jour afin de valider l'inscription.  Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat					Pneumocoque*					COVID ? Si oui, lequel + dates :					
					Méningocoque C*										
					Rubéole-Oreillons - Rougeole*										

### 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

- Poids de l'enfant : ..... Taille de l'enfant : .....
- L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui  Non   
Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant ainsi que la notice)
- A titre indicatif l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<b>RUBÉOLE</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>VARICELLE</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>RUBÉOLE</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<b>ASTHME ?</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>ANGINE</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>ROUGEOLE</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			

- L'enfant a-t-il des allergies ?
    - Médicaments oui  non
    - Alimentaires oui  non
    - AUTRES : .....

**Si oui, joindre un précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.**
  - Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? oui  non
- .....
- .....
- .....

### 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (à renseigner obligatoirement.)

- Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc ...

.....  
.....  
.....  
.....

- 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- RESPONSABLES DE L'ENFANT

#### Responsable N° 1

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tel perso : .....  
Tel pro : .....

#### Responsable N° 2

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tel perso : .....  
Tel pro : .....

Médecin traitant de l'enfant (nom, adresse et téléphone) : .....

### 5- PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

(Si impossible de joindre les responsables légaux)

A contacter en cas d'urgence par ordre de priorité	Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant	Adresse
1					
2					
3					
4					

### 6- AUTORISATIONS

- J'autorise 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 et de la municipalité (flyers, site internet, réseaux sociaux...) \_\_\_\_\_ oui  non
- J'autorise mon enfant à repartir seul du lieu d'accueil \_\_\_\_\_ oui  non

## 7- PERSONNES AUTORISEES A REPRENDRE MON ENFANT (Sauf accueil ados)

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant	Adresse

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, accessible sur le site internet de la Ville et affiché dans les 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.
- Accepte que les données recueillies dans ce dossier fassent l'objet d'un traitement informatique uniquement destiné au fonctionnement des actions du centre social.

Fait à .....

Le .....

SIGNATURE(S) :

### Liste des documents à joindre OBLIGATOIREMENT à ce dossier :

- Photocopie du carnet de vaccinations **A JOURS**
- Attestation CAF de moins de 3 mois
- Assurance responsabilité civile
- Attestation sécurité sociale (**PAS DE CARTE VITALE**)
- Copie mutuelle
- Justificatif de domicile
- Justificatif de domicile des grands parents ou contrat de l'assistant/e maternelle (si l'enfant n'est pas domicilié à Pecquencourt)

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.



Adoptez l'éco-attitude  
N'imprimez ce document  
que si cela est nécessaire !

*Afin de réduire la production de documents papiers, l'ensemble des documents demandés peuvent être transmis directement sur l'espace familles (Menu principal/Mes documents). Vous pouvez contacter la Maison de la Jeunesse pour être accompagné dans cette démarche.*

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, 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