



## DOSSIER INSCRIPTION SECTION PRE-ADOS/ADOS

*A partir de la 6<sup>ème</sup>*

### **Enfant**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Régime alimentaire particulier :  sans porc  sans viande  PAI (prendre RDV)

### **Parents ou représentant légal**

#### **Parent 1**

Nom : .....Prénom : .....

Situation familiale : marié – pacsé – divorcé – autre : .....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

Profession et adresse de l'employeur :  
.....

Téléphone domicile : ...../...../...../...../..... Téléphone portable : ...../...../...../...../.....

Téléphone travail : ...../...../...../...../.....

Adresse mail (en majuscule):.....

*Si garde exclusive fournir une photocopie du jugement*

#### **Parent 2**

Nom : .....Prénom : .....

Situation familiale : marié – pacsé – divorcé – autre : .....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

Profession et adresse de l'employeur :  
.....

Téléphone domicile : ...../...../...../...../..... Téléphone portable : ...../...../...../...../.....

Téléphone travail : ...../...../...../...../.....

Adresse mail (en majuscule) :.....

Date et signature du représentant légal:

## **REGIME ALLOCATAIRE**

Caisse d'Allocations Familiales : ..... N° Allocataire C.N.A.F : .....

Autre régime (MSA) n° de sécurité sociale : .....

*Fournir une photocopie du justificatif*

Bénéficiez-vous des Aides aux vacances CAF ? .....

*Si Oui fournir une photocopie du justificatif*

## **Assurances**

Nom de l'assureur : .....

Adresse : .....

N° de contrat : .....

*Fournir une copie de l'attestation d'assurance en responsabilité civile de l'enfant.*

## **Mutuelle**

Nom : .....

Adresse : .....

## **Facturation**

Le paiement des prestations d'accueil de loisirs s'effectuera sur facturation mensuelle transmise par le Trésor Public (une seule adresse de facturation est possible).

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

## **Formulaire de consentement pour le traitement de données personnelles**

La Mairie de Custines et la Communauté de communes du Bassin de Pompey collectent et traitent vos données personnelles au sein du logiciel Domino 'Web. Ce logiciel permet la gestion des structures scolaires, d'accueil, de loisirs et de temps libre.

Je soussigné(e).....

Responsable légal de/des enfant(s).....

Accepte le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants

N'accepte pas le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants\*

Veuillez cocher la case correspondante si vous acceptez / n'acceptez pas le traitement de vos données.

\*En cas de refus, veuillez-vous adresser à la Mairie de Custines et à la Communauté de communes du Bassin de Pompey.

Vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits relatifs à l'utilisation des données personnelles en adressant vos demandes à l'adresse suivante : **Mairie de Custines 4 rue de l'hôtel de ville 54670 Custines** et à la **Direction de la Cohésion Territoriale du Bassin de Pompey Rue des 4 éléments 54340 Pompey**.

Date et signature du représentant légal:

# Fiche sanitaire



**(Joindre une photocopie du carnet de vaccinations).**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

L'enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique (**PAI obligatoire**) ? .....

L'enfant a-t-il des allergies ou autres problèmes de santé ? Si oui lesquels ?

.....

.....

A-t-il un traitement médical pendant le séjour ? Si oui, lesquels ?

.....

.....

A-t-il subi des interventions chirurgicales ? Si oui, lesquelles ? A quelles dates ?

.....

.....

Nom, prénom et coordonnées du médecin traitant :

.....

.....

Qui contacter en cas d'urgence ?

Mr ou Mme .....

Téléphone : .....

**J'autorise le responsable de l'accueil à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...).**

Toute allergie signalée doit être confirmée par un certificat médical signé d'un allergologue avec recommandations et précautions à prendre.

En cas de fièvre ou de maladie contagieuse (conjonctivite, gastro-entérite...) les enfants ne pourront être accueillis au centre.

## **Couverture médicale et sociale :**

Adresse de la caisse de Sécurité Sociale dont dépend le responsable légal de l'enfant :

.....

Numéro d'assuré .....

Nom de l'assureur : .....

Adresse : .....

N° de contrat de l'assurance: .....

Intitulé et adresse de la mutuelle : .....

L'enfant est-il adhérent à la MAE en formule extrascolaire ?  Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer le numéro de contrat. ....

Date et signature du représentant légal  
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

## **Enfant**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Age : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

## **Parents ou représentant légal**

### **Parent 1 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone domicile : ...../...../...../...../..... Téléphone portable : ...../...../...../...../.....

Téléphone travail : ...../...../...../...../.....

### **Parent 2 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone domicile : ...../...../...../...../..... Téléphone portable : ...../...../...../...../.....

Téléphone travail : ...../...../...../...../.....

## **Autorisation**

- J'autorise mon enfant à paraître en photo dans le journal, sur le flash et le site internet de la commune, sur le site internet de l'organisateur, le facebook de la structure et sur le canal 17.

OUI       NON

- J'autorise mon enfant à repartir avec une personne majeure autre que le représentant légal (noms, prénoms, n° de téléphone) :

Nom..... Prénom..... N° de tél. :.....

- J'autorise mon enfant à quitter seul le centre de loisirs aux heures de sorties habituelles et décharge toute responsabilité au centre de loisirs.

OUI       NON

- J'autorise mon enfant à participer aux sorties ponctuelles organisées à l'extérieur selon planning et à emprunter les transports nécessaires aux sorties

OUI       NON

Date et signature du représentant légal