

Documents à joindre obligatoirement au dossier

- Fiche d'inscription complétée.
- Fiche d'autorisation Parentale complétée.
- Fiche sanitaire de liaison dûment remplie.

Documents à joindre obligatoirement au dossier

- Photocopie du carnet de vaccinations.
- Certificat médical attestant des vaccinations obligatoires.
- Attestation d'assurance extra-scolaire de l'année en cours.
- Copie du livret de famille.
- Le jugement de divorce, si concerné, avec notamment l'extrait sur la garde de mon enfant.
- Un justificatif de domicile de moins de trois mois.

ATTENTION : L'inscription au SEJ et l'accès au portail familles seront possibles uniquement lorsque le dossier sera complet.

Je soussigné(e) _____ représentant légal de l'enfant _____

- Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le secrétariat du Service Enfance Jeunesse de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...),
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur ALP/ALE relatif aux activités périscolaire consultable en ligne sur le portail familles (<https://balaruclevieux.portail-familles.net/>) ainsi que sur le site de la ville de Balaruc-le-vieux (<https://www.ville-balaruclevieux.fr/>)
- Déclare en accepter les termes, approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.
- Reconnais avoir pris connaissance du fait que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves. Conformément à la loi n° 78-17 « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au secrétariat du Service Enfance et Jeunesse.

A : _____ le : _____ Signature :

Réactualisé le :	Pour l'année :	Signature:

ENFANT :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Ville : _____
Date et lieu de naissance : _____ Fille Garçon
N° de sécurité sociale : _____
Niveau : Maternelle Primaire Etablissement scolaire précédent : _____
Repas Classique Repas allergie (PAI, voir avec le secrétariat et les directeurs d'écoles)
Repas sans Porc

RESPONSABLE LEGAL :

Parent : Mère/Père/Autre (entourer) *Situation familiale :* _____ *Nbre d'enfant à charge :* _____
Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Tel Domicile : _____
N° allocataire CAF : _____ Tel Portable : _____
Profession et lieu de travail : _____ Tel Professionnel : _____
Régime de sécurité sociale : (entourer) _____ Mail : _____
Régime Général / Régime MSA _____ N° de sécurité sociale : _____

RESPONSABLE LEGAL :

Parent : Mère/Père/Autre (entourer) *Situation familiale :* _____ *Nbre d'enfant à charge :* _____
Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Tel Domicile : _____
N° allocataire CAF : _____ Tel Portable : _____
Profession et lieu de travail : _____ Tel Professionnel : _____
Régime de sécurité sociale : (entourer) _____ Mail : _____
Régime Général / Régime MSA _____ N° de sécurité sociale : _____

Personne à prévenir en priorité en cas d'urgence (autre que les représentants légaux)

Nom _____ Prénom _____ Tél _____
Nom _____ Prénom _____ Tél _____



AUTORISATIONS PARENTALES



Je soussigné (e) _____

Autorise mon enfant _____

- ❖ A participer aux activités organisées par la structure ALE/ALP de Balaruc le Vieux (activités manuelles, sportives, culturelles, baignade, atelier cuisine, atelier jardinage, nuitée et sorties...),
 - ❖ A goûter les productions culinaires des ateliers cuisine et jardinage,
 - ❖ A être pris en photo ou filmé dans le cadre des ALE et ALP (diffusion journal municipal, site internet et page Facebook de la ville de Balaruc-le-Vieux, affichage (SEJ, expositions, journal de bord des enfants...), site internet de l'école élémentaire de Balaruc-le-vieux, rubrique Mairie)
 - ❖ A être maquillé par les animatrices/teurs,
 - ❖ Autorise les directrices de l'ALE et de l'ALP ou leurs adjointes, à faire soigner mon enfant, et à prendre en cas de nécessité, toutes les mesures d'urgences, y compris son hospitalisation. Je m'engage s'il y a lieu à rembourser le montant des frais engagés.

 - ❖ Autorise mon enfant à quitter seul l'ALE et/ou l'ALP : Non Oui (Entourez les jours)
- ALP : L M J V Heure de sortie :
- ALE : Mercredi/ vacances L M M J V Heure de sortie :

❖ Autorise les personnes listées ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Nom _____	Prénom _____	Qualité _____	tél _____
Nom _____	Prénom _____	Qualité _____	tél _____
Nom _____	Prénom _____	Qualité _____	tél _____
Nom _____	Prénom _____	Qualité _____	tél _____
Nom _____	Prénom _____	Qualité _____	tél _____
Nom _____	Prénom _____	Qualité _____	tél _____
Nom _____	Prénom _____	Qualité _____	tél _____
Nom _____	Prénom _____	Qualité _____	tél _____
Nom _____	Prénom _____	Qualité _____	tél _____
Nom _____	Prénom _____	Qualité _____	tél _____



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	
Adresse :		

Accueil :

ALP/ALE

séjour de vacances

Dates du séjour :

Lieu du séjour :

I - Vaccinations :

Joindre la copie du carnet de vaccination et une attestation du médecin traitant attestant que l'enfant est à jour des vaccinations obligatoires.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Allergies : médicamenteuses oui non

asthme oui non

Alimentaires oui non

autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

Observations :
