DOSSIER D'INSCRIPTION
Accueil de loisirs - Les petits bouchons
Enfants non scolarisés à l'école publique de Condrieu

Date de réception :
…../……/……..
Mairie ☐
NE PAS AGRAFER

PARTIE MAIRIE		NOM DE L'ENFANT	PRENOM
☐ PORTAIL ☐ VCA ☐ HORS VCA			
Sexe	Date de naissance	Lieu de naissance (ville et département)	Adresse
M	……/……/……	Ville:	…… …… _ _ _ _ _ ……
F		Dpt:	

ECOLE	NOM DE L'ECOLE	ADRESSE COMPLETE
☐ PUBLIQUE ☐ PRIVEE		

1- INFORMATIONS FAMILLE

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom		
Prénom		
Date de naissance	……/……/……	……/……/……
Lien avec l'enfant		
Autorité parentale	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Profession		
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur	…… ……	…… ……
Allocataire	☐ CAF ☐ MSA	Numéro allocataire :
	☐ mère ☐ père	Quotient familial :
Coordonnées	☎ portable ……..… ☎ travail ……..… ✉ mail_____@_____	☎ portable ……..… ☎ travail ……..… ✉ mail_____@_____
Parents	☐ mariés ☐ union libre ☐ pacsés ☐ célibataire ☐ veuf / veuve ☐ divorcés ☐ séparés	

	Oui	Non
Hospitalisation en cas d'urgence ⚠ **Réponse obligatoire**		
Autorisation de faire du sport dans le cadre de l'accueil de loisirs		
Autorisez-vous les sorties en transport dans le cadre de l'accueil de loisirs ?		
Votre enfant a un régime alimentaire particulier (allergie). **Un protocole (PAI) devra être établi par votre médecin**.		

2- ACCUEIL DE LOISIRS

LES RESERVATIONS – PORTAIL FAMILLE : CONNEXION OBLIGATOIRE

A l'enregistrement du dossier dans notre service, nous vous communiquerons la démarche pour vous connecter au portail famille. Vous serez libre de réserver les activités de votre choix avant le 25 de chaque mois.

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccinations

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates des derniers rappels
DT POLIO Obligatoire		Méningocoque C	
Coqueluche		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Haemophilus		BCG	
Hépatite B		Autres (préciser)	
Pneumocoque		Autres (préciser)	

Nom et coordonnées du médecin traitant : ……

L'enfant suit-il un traitement médical : ☐ oui ☐ non

Si OUI : contacter la directrice de l'accueil pour mettre en place un protocole (PAI) établi par votre médecin.
Précisions concernant le traitement :
……
……
……

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

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI									

Allergies : Asthme : ☐ oui ☐ non
Alimentaires : ☐ oui ☐ non → si oui, précisez : ……
Médicamenteuses : ☐ oui ☐ non → si oui, précisez : ……
Autres : …….

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

……

Préciser si votre enfant a des **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

……

……

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte : ☐ un appareil dentaire ☐ un appareil auditif
☐ des lunettes. Si oui, doit-il les porter en permanence ? ☐ oui ☐ non
Au besoin, précisez : ……

☐ Régime particulier : **SANS VIANDE UNIQUEMENT** (cochez la case pour les régimes sans porc/ sans bœuf/ végétarien)

Personnes majeures à prévenir en cas d'urgence

N'inscrivez que les **personnes majeures**, **les mineurs ne sont pas autorisés à récupérer votre enfant sur les temps d'accueil de loisirs.**

Nom	Prénom	Téléphone portable (***obligatoire***)	Lien avec l'enfant

Je soussigné(e), _____, autorise les responsables de l'accueil de loisirs à prendre, en cas d'urgence, les dispositions nécessaires. Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur ce document. Je déclare avoir lu et accepté le règlement de l'accueil de loisirs. La signature de ce document vaut acceptation du règlement.

Fait à _____, le _____/_____/_____

Date : **Responsable légal 1** **Responsable légal 2**

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PRELEVEMENT BANCAIRE
REGIE DES SERVICES PERISCOLAIRES

Afin que votre demande soit prise en compte, il est impératif de :

1. Compléter l'intégralité de ce formulaire, le dater et signer.
2. Joindre un Relevé d'identité bancaire (RIB IBAN).

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

Mairie de Condrieu : 8 Rue de la mairie, 69420 Condrieu

J'autorise l'établissement teneur de compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par la **Régie des services périscolaires de Condrieu**. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je règlerai le différend avec la **Mairie de Condrieu.**

TITULAIRE DU COMPTE

Nom		Prénom	
Adresse			
Code postal		Ville	

INFORMATIONS BANCAIRES

Nom de la banque			
Adresse			
Code postal		Ville	

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès du créancier ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80-10 du 01/04/1980 de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

RIB (A JOINDRE AU DOCUMENT)

IBAN - *27 caractères*
BIC - *8 à 11 caractères*

DATE ET SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE (obligatoire)

Fait à ……. Le _____/_____/_____

Signature :