



ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL LES PETITS BOUCHONS

Année scolaire : ____ / ____



E N F A N T	Nom	Prénom	Niveau									
				CP		CE1		CE2		CM1		CM2
	Sexe											
	F											
	M											
	Date de naissance	Lieu de naissance (Commune et département)	Adresse complète									
	____ / ____ / ____											
	ECOLE ACTUELLE	NOM DE L'ECOLE	ADRESSE DE L'ECOLE									
☐ PUBLIQUE												
☐ PRIVEE												

INFORMATIONS FAMILLE

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom		
Prénom		
Date de naissance	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Lieu de naissance (commune et dpt)		
Lien avec l'enfant		
Adresse (si différente de celle de l'enfant)		
PROFESSION et adresse de l'employeur		
Autorité parentale	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Coordonnées	☎ portable ☎ travail ✉ _____ @ _____	☎ portable ☎ travail ✉ _____ @ _____
Allocataire	☐ CAF ☐ MSA	Numéro allocataire :
	☐ Mère ☐ Père	

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

	Oui	Non
Hospitalisation en cas d'urgence  Réponse obligatoire		
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.		

LES VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates des derniers rappels
DT POLIO		BCG	
Coqueluche		Autres (préciser)	
Haemophilus influenzae de type B (Hib)			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoques W C A Y			
Méningocoque B			
Rubéole-Oreillons-Rougeole			

LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom et coordonnées du médecin traitant :

L'enfant suit-il un traitement médical : ☐ oui* ☐ non Précisions concernant le traitement :
.....

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

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.

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 A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

N'inscrivez que les personnes majeures, les mineurs ne sont pas autorisés à récupérer votre enfant pour les urgences.

Nom	Prénom	Téléphone portable (<i><u>obligatoire</u></i>)	Lien avec l'enfant

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Merci de penser à signaler tout ajout ou changement. **Pour les mineurs :** Pour les adolescents à partir du collège, une autorisation écrite est obligatoire (signature document page 6)

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Personne :	Portable obligatoire
			☐ mineure ☐ majeure	
			☐ mineure ☐ majeure	
			☐ mineure ☐ majeure	
			☐ mineure ☐ majeure	
			☐ mineure ☐ majeure	
			☐ mineure ☐ majeure	
			☐ mineure ☐ majeure	
			☐ mineure ☐ majeure	
			☐ mineure ☐ majeure	
			☐ mineure ☐ majeure	
			☐ mineure ☐ majeure	
			☐ mineure ☐ majeure	
			☐ mineure ☐ majeure	
			☐ mineure ☐ majeure	
			☐ mineure ☐ majeure	

LES RESERVATIONS – PORTAIL FAMILLE 3D OUEST CONNEXION OBLIGATOIRE

- Lors de votre première connexion, **veuillez prendre connaissance de notre règlement**, cochez la case pour valider et vous permettre d'accéder à votre espace famille.
- A l'enregistrement du dossier dans notre service, nous vous communiquerons la démarche pour vous connecter au portail famille.
- Modalités d'inscriptions :
 - **Les mercredis** : Les réservations sont à effectuer **avant le lundi 8h30** pour la semaine courante.
 - **Les vacances scolaires** : Les réservations sont à effectuer **jusqu'à 3 semaines avant la période**.
- **Pour les accueils matins et soirs**, les tarifs sont appliqués à la demi-heure. **Toute demi-heure entamée est due.** (1 demi-heure = 1 quantité facturée)

SIGNATURES DES RESPONSABLES LEGAUX

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.

Fait à _____, le ____/____/____

Responsable légal 1

Responsable légal 2

CONTACT ACCUEIL DE LOISIRS

Directrice de l'accueil de loisirs municipal « Les petits bouchons »
Mme LORENTE Alexia

Directrice adjointe de l'accueil de loisirs municipal « Les petits bouchons »
Mme MARION Audrey

Pour joindre l'accueil de loisirs :

Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi :

Mairie, Service enfance jeunesse :

☎ 04 74 59 50 38

@ sej@condrieu.fr

Mercredi et vacances scolaires :

Accueil de loisirs :

☎ 04 74 56 61 06

@ sej@condrieu.fr

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 réglerai 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 :

ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL LES PETITS BOUCHONS



AUTORISATION PARENTALE POUR REMETTRE UN ENFANT A UNE PERSONNE MINEURE

Nous, soussignés et
parents de l'enfant
autorisons né(e) le
(âge minimum d'entrée au collège) à récupérer notre enfant à l'école.

→ *Fournir une copie de la pièce d'identité de l'accompagnant mineur.*

Nous déchargeons la municipalité et prenons toutes responsabilités sur le manque de garanties de sécurité présenté par l'accompagnateur mineur, compte tenu de son jeune âge et des dangers inhérents au trajet.

Signature des 2 parents (ou responsables légaux) :