

Dossier d'inscription à Sports Vacances

Retour du dossier :

➤ À l'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE Route du Temple

☎ 05.56.60.18.69 aps-clsh@ville-ares.fr
Lundi/mardi / mercredi (matin) / jeudi / vendredi

➤ À l'ACCUEIL DE LOISIRS 34, allée du Domaine des Lugées

☎ 05.56.60.14.46
Mercredis après-midi et vacances scolaires



PAS DE RETOUR EN MAIRIE

Documents à fournir : (Ne pas transmettre les originaux mais des copies.)

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ

	SPORTS VACANCES	RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
Attestation de responsabilité civile	x	
Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive (préciser si PAI)	x	
Attestation de réussite à la pratique des activités aquatiques et nautiques dans les accueils collectifs de mineurs (pour les activités aquatiques)	x	
Paiement en espèces, chèque bancaire à l'ordre du trésor public	x	
Attestation de la caisse familiale dont vous dépendez (CAF, MSA...) datée de moins de trois mois ainsi que le montant des prestations familiales et le quotient familial . *	x	
Dernier avis d'imposition (les 2 avis pour un couple non marié) si vous ne prétendez pas aux prestations familiales	x	
Si séparation ou divorce, copie de l'extrait du jugement indiquant les modalités de garde et justifiant du domicile principal de l'enfant	x	

* Vous pouvez imprimer ce justificatif via le site Internet de la CAF avec votre numéro d'allocataire et votre code confidentiel

ENFANT

NOM : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

☎ Port :

PARENTS / REPRÉSENTANT LÉGAL

PÈRE

NOM, Prénom :

Adresse :

.....

☎ Domicile :

Mail :

☎ Port :

☎ Travail :

Lieu de travail :

MÈRE

NOM, Prénom :

Adresse (si différente) :

.....

☎ Domicile :

Mail :

☎ Port :

☎ Travail :

Lieu de travail :

Situation de famille : Célibataire union libre mariés séparé(e) divorcé(e) veuf(e)

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE sous lequel l'enfant est assuré :/...../...../...../...../.....

Régime d'assurance maladie : Général fonctionnaire autre (précisez) :

NUMÉRO D'ALLOCATAIRE CAF : Ou régime particulier à préciser (MSA...) :

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autres que les parents)

Nom, Prénom : ☎ :

Nom, Prénom : ☎ :

Nom, Prénom : ☎ :

Nom, Prénom : ☎ :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je, soussigné(e)

Père Mère Représentant légal de l'enfant

Autorise mon enfant à participer aux activités "sports vacances"

Autorise mon enfant à partir seul à la fin de la dernière activité de la journée

Autorise la ville d'Arès à exposer et/ou à diffuser les photographies de mon enfant dans les supports de communication de l'ACM, de la commune d'Arès y compris le site Internet de la Ville et dans les médias (TV, presse...) exclusivement à des fins non commerciales.

Date :

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si l'enfant est atteint de troubles de santé importants, ceux-ci seront pris en compte dans le cadre d'un **Projet d'Accueil Individualisé**) :

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif).....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez :

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... Prénom.....

Téléphone fixe : Portable Travail :

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

Date :

Signature