



DOSSIER D'INSCRIPTION

PERISCOLAIRE / RESTAURATION / VACANCES

Année 2024 : Valable du 01/01/2024 au 31/12/2024



**Recommandations des responsables légaux :**

.....  
.....

**Régime alimentaire particulier :**

- Sans régime       Sans porc       Végétarien

**Contacts en cas d'urgence (autres que les responsables légaux) :**

\*Nom-Prénom : ..... Téléphone : .....

\*Nom-Prénom : ..... Téléphone : .....

\*Nom-Prénom : ..... Téléphone : .....

\*Nom-Prénom : ..... Téléphone : .....

**Informations :**

Numéro de sécurité sociale du responsable légal auquel l'enfant est rattaché :

.....

Nom et Téléphone du médecin traitant :

.....

Je soussigné (e) : .....

Responsable légal de l'enfant : .....

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- Autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical, hospitalisation)

**Signature :**

**Date :**

Faire précéder de la mention « lu et approuvé »

**L'enfant :**

Nom : .....

Prénom : .....

- Garçon       Fille

Adresse : .....

Date de naissance : .....

**Responsable légal 1**

**Responsable légal 2**

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tél portable : .....

Tél portable : .....

Tél domicile : .....

Tél domicile : .....

Tél pro : .....

Tél pro : .....

Email : .....

Email : .....

N° Allocataire CAF : .....

Nom de l'allocataire : .....

*J'autorise le Service Enfance Jeunesse à consulter mes données sur Caf Pro, à défaut ou si aucune information n'est disponible, la tarification maximum me sera appliquée.*

**MERCI DE FOURNIR UNE ATTESTATION DE QUOTIENT FAMILIAL**

## Fiche sanitaire

### Autorisation de départ :

Je soussigné (e) Mme, M .....

Responsable légal de l'enfant : .....

Autorise mon enfant à partir seul  OUI  NON

Autorise mon enfant à partir uniquement accompagné de :

\*Nom-Prénom : ..... Téléphone : .....

\*Nom-Prénom : ..... Téléphone : .....

\*Nom-Prénom : ..... Téléphone : .....

\*Nom-Prénom : ..... Téléphone : .....

*Une pièce d'identité sera demandée si la personne venant récupérer l'enfant n'est pas connue de l'équipe d'animation.*

### Communication et droit à l'image :

J'accepte que les données de ce formulaire soient utilisées par le Service Enfance Jeunesse/Mairie de L'Horme.

J'autorise le service enfance jeunesse à communiquer via mon adresse mail

J'autorise le service à utiliser les photos de mon enfant pour publication sur leurs supports (bulletin municipal, site internet, illiwap, page facebook)

### Règlements intérieurs :

Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs et en accepter les termes sans restriction.

### Vaccination :

**MERCI DE FOURNIR LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION**

### Allergie / traitement médical :

En cas de spécificité de santé (allergie, asthme, traitement, maladie chronique etc...

Il est obligatoire de produire un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) rédigé et signé du médecin.

Asthme : OUI – NON

Allergie médicamenteuse : OUI – NON

Allergie alimentaire : OUI – NON

Autre : .....

Précisez l'allergie : .....