

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année **2019/2020**

Ville de
Marles-les-Mines
Des Terres noires au Pays vert



**UN DOSSIER PAR ENFANT.
LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS RÉCEPTIONNÉS.**

- ACCUEIL DE LOISIRS GARDERIE PÉRISCOLAIRE
 RESTAURATION SCOLAIRE PETITE ENFANCE RÉUSSITE ÉDUCATIVE

L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : G F

Né(e) le : ___ / ___ / _____ Lieu de naissance : _____

École fréquentée : _____ Classe : _____

S'agit-il d'un établissement spécialisé ? OUI NON Si oui, lequel ? _____

Votre enfant est-il atteint de trouble de la santé nécessitant la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (Allergie alimentaire, asthme, allergies,...) ? OUI NON

Si oui, de quel type _____ **Joindre obligatoirement le PAI**

Responsable 1 (Foyer de l'enfant - Envoi des courriers)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ CP _____ Ville _____ ☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ ☎ Professionnel : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

e-mail : _____

Activité : _____

Responsable 2

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ CP _____ Ville _____ ☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ ☎ Professionnel : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

e-mail : _____

Activité : _____

Situation familiale du foyer

Marié(e) Divorcé(e) Célibataire Pacsé(e) Séparé(e) Vie maritale

Garde alternée : OUI NON

Régime de couverture sociale

Régime général Régime agricole (MSA) Autres (Préciser) : _____

N° Sécurité Sociale : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ clé : ___

AUTRES

PERSONNES AUTORISÉES À PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT

1. Nom : _____ Prénom : _____ Parenté : _____ ☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

2. Nom : _____ Prénom : _____ Parenté : _____ ☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

3. Nom : _____ Prénom : _____ Parenté : _____ ☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

À FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT

- VALIDITÉ UN AN -

Je soussigné, Docteur _____

certifie avoir examiné l'enfant _____

né(e) le _____

J'atteste que l'enfant ne présente aucun signe clinique apparent, contre-indiquant la pratique d'activités physiques, sportives et nautiques, organisées par l'équipe encadrante durant le service concerné. Dans le cas contraire, lesquels ? _____

J'atteste que l'enfant ne présente aucune maladie contagieuse.

J'atteste que l'enfant est à jour dans ses vaccins.

J'atteste que l'enfant ne souffre pas d'incontinence urinaire.

J'atteste que l'enfant ne présente aucun trouble du comportement.

Dans le cas contraire, lequel ? _____

J'atteste que l'enfant ne présente aucune allergie médicamenteuse, alimentaire ou autre(s).

Dans le cas contraire, laquelle ? _____

Autre(s) remarque(s) : _____

Cachet et signature du médecin

Fait à _____

Le _____

