

**DIRECTION
DE LA COHÉSION SOCIALE**

1 rue du stade
62540 Marles-les-Mines

Tél. 03 21 62 12 63

dcs@ville-marleslesmines.fr

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

RÉSERVATION ET INSCRIPTION UNIQUEMENT SUR RDV

L'ENFANT GARÇON FILLE

NOM : _____ Prénom : _____

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

École fréquentée : _____ Classe : _____

S'agit-il d'un établissement spécialisé ?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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,...) ?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

oui

non

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis sur le dossier d'inscription.

Fait à _____

le _____

Signature du/des responsable(s)

LA FAMILLE

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

Père Mère Autre _____

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

 domicile : _____  portable: _____  Prof. : _____

Courriel : _____

Activité : _____

RESPONSABLE 2

Père Mère Autre _____

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

 domicile : _____  portable: _____  Prof. : _____

Courriel : _____

Activité : _____

Situation familiale du foyer

<input type="checkbox"/>	Marié(e)	<input type="checkbox"/>	Divorcé(e)
<input type="checkbox"/>	Célibataire	<input type="checkbox"/>	Pacsé(e)
<input type="checkbox"/>	Séparé(e)	<input type="checkbox"/>	Vie maritale

Garde alternée oui non *Si oui, joindre le jugement de garde*

Régime de couverture sociale

<input type="checkbox"/>	Régime général	<input type="checkbox"/>	autre _____
<input type="checkbox"/>	Régime agricole (MSA)		

Numéro de sécurité sociale _____

CERTIFICAT MÉDICAL (VALIDITÉ 1 AN)

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné(e), 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, lequel ? _____

Autre(s) remarque(s) : _____

Cachet et signature du médecin

Fait à _____

Le _____

**CES INFORMATIONS ÉTANT D'ORDRE MÉDICAL,
L'ÉQUIPE PÉDAGOGIQUE S'ENGAGE À EN RESPECTER LA CONFIDENTIALITÉ.**