

Mairie de Saint Coulomb

Fiche d'inscription aux services périscolaires et extrascolaires

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Garçon Fille

Ecole fréquentée :

Classe :

N° d'allocataire CAF : ou MSA :

(En cas de non communication, le tarif maximum sera appliqué.)

Nom et prénom du responsable légal de l'enfant :

Parent 1

Nom :

Prénom :

Adresse

.....

Profession :

Téléphone :

Portable :

Tel Travail :

em@il:

Parent 2

Nom :

Prénom :

Adresse.....

.....

Profession :

Téléphone :

Portable :

Tel Travail :

em@il:

En cas de séparation, nom et adresse de facturation (fournir une copie du jugement le cas échéant) :

N° de sécurité sociale :

Assurance extrascolaire : (Joindre l'attestation d'assurance)

TIERS à prévenir en cas d'urgence ou de retard :

Nom : Téléphone :

DEPARTS :

Personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant à l'accueil de loisirs :

Nom : Téléphone :

Nom : Téléphone :

Mon enfant peut-il partir seul de l'accueil de loisirs (à partir de 8 ans) ? Oui Non

Si oui, à partir de heures

DROIT A L'IMAGE

Oui

Non

Autorise le personnel d'encadrement à faire des photographies de mon enfant qui pourront éventuellement être publiées ou diffusées :

Activités et Blog du service Enfance (serveur fermé avec accès sécurisé)

Site internet et réseau sociaux Presse locale et bulletin municipal

Les parents ne sont pas autorisés à capter et/ou diffuser l'image des autres parents, enfants et des personnels sans leur accord préalable. Ils ne peuvent diffuser sur internet et les réseaux sociaux les photos et/ou vidéos prises dans le cadre des activités « Enfance ».



Pièces obligatoires à fournir

Fiche inscription Fiche sanitaire Photocopie livret de famille

Photocopie vaccination certificat médical validant la pratique sportive, le cas échéant

Attestation d'assurance extrascolaire Justificatif de domicile (moins de 6 mois)

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant :

- Atteste avoir souscrit à une assurance responsabilité civile pour les activités périscolaires et extrascolaires (*individuelle accident conseillée*).
- Déclare exactes les informations portées sur le présent dossier d'inscription et la fiche sanitaire et m'engage à informer le service Enfance en cas de modifications.
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des services « Enfance » et m'engage à le respecter.
- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par le service Enfance de la commune de Saint Coulomb.
- Autorise le responsable du service Enfance à accéder à mes informations CAF (quotient familial, CAFPRO, VACAF). Nous vous rappelons que par convention avec la CAF, ce numéro permet aux responsables de l'accueil de loisirs de consulter les déclarations de ressources des parents grâce à un accès réservé et confidentiel. En cas de séparation, il est nécessaire de fournir le numéro d'allocataire du parent qui a la garde de l'enfant ou le numéro de chaque parent en cas de garde alternée.
- Conformément aux règles générales de protection des données (RGPD), j'autorise les organisateurs à rentrer les informations de ce dossier dans le logiciel d'inscription et de facturation et de donner au Trésor Public les renseignements nécessaires au règlement.
- J'autorise les équipes d'animations à prendre connaissance des informations de ce dossier afin d'assurer le bon déroulement des activités.
- Ces informations seront détruites dès lors que l'enfant n'est plus en âge d'être accueilli dans l'une des activités du service Enfance.

A :

Le :

Signature

Le dossier d'inscription complet est à remettre le plus vite possible à la Mairie de Saint Coulomb.

Contact : Responsable du service Enfance - Julien – 02 99 88 98 19 ou 06 31 01 35 82

Mairie de Saint Coulomb

Fiche Sanitaire

(En cas de modification ou de changement de données, merci d'en informer impérativement le service Enfance)

ENFANT

Nom : Prénom :
 Date de naissance : __ / __ / ____ Garçon Fille
 Poids : Taille : Groupe sanguin (si connu) :

Nom du médecin traitant : Téléphone :

1. VACCINATIONS

(COPIES DES VACCINATIONS obligatoires, spécifier nom et prénom de l'enfant concerné)

VACCINS OBLIAGATOIRES				VACCINS RECOMMANDES			
Diphtérie		Rubéole-Oreillons -Rougeole*		Coqueluche		Pneumocoque	
Tétanos		Hépatite B*		Haemophilus*		BCG	
Poliomyélite		Pneumocoque*		Hépatite B		Autres (préciser)	
Coqueluche *		Méningocoque C*		Rubéole-Oreillons -Rougeole			
Haemophilus*		* Pour les enfants nés après le 1er Janvier 2018					

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

ALLERGIES

ALIMENTAIRES oui non Si oui, lesquelles :
 MEDICAMENTEUSES oui non Si oui, lesquelles :
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non Si oui, lesquelles :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.



Fiche Sanitaire

MAIRIE DE SAINT COULOMB

(Annexe II-23, art. A. 231-3 du code du sport)

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :
Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire.
Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous.
En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?
Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Te sens-tu très fatigué (e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aujourd'hui

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questions à faire remplir par tes parents

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?
(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.