

Direction Enfance –Jeunesse -Insertion

Château Guillemaud

60 rue Marx Dormoy

59113 SECLIN

Tel: 03 20 62 94 42

Mail: [jeunesse@ville-seclin.fr](mailto:jeunesse@ville-seclin.fr)

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**ACCUEILS DE LOISIRS 2021**

**ENFANT**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom Prénom : | Date et lieu de naissance : |
| Adresse complète : | |

**SITUATION FAMILIALE**

□célibataire □mariés □vie maritale □pacsés □divorcés\* □séparés\* □veuf(ve)

\* : existe-t-il des dispositions particulières pour la garde de votre enfant ? □oui □non

**Si oui merci de joindre une copie du jugement.**

**RESPONSABLE(S) DE L’ENFANT**

**MERE** ou tutrice:

ADRESSE (si différente de celle de l’enfant) :

Numéros de téléphone : ……………………………...

**PERE** ou tuteur:

ADRESSE (si différente de celle de l’enfant) :

Numéros de téléphone : ……………………………...

**Numéro de sécurité sociale auquel est rattaché l’enfant** : **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** clé **\_ \_**

Centre payeur : ………………………………………

Avez- vous une mutuelle? **□**OUI, laquelle (nom et lieu) : …………………………………............. **□**NON

Bénéficiez-vous de la C.M.U.? □OUI □NON

N° d’allocataire CAF : ……………………… Quotient Familial : …………………..

**Lieu de scolarisation/établissement scolaire (école, collège, établissement, IME, ITEP, …)**

Nom : …………………………………………………… VILLE : …………………………… …….. Classe**:** ……………………………

**ACCUEIL PERI-A.L.**

L'Accueil péri-AL est réservé aux enfants dont les deux parents travaillent et qui ne peuvent, du fait de leur planning professionnel, déposer ou reprendre leurs enfants aux heures habituelles d’ouverture des accueils. Cet accueil péri-AL est prévu le matin entre 7h00 et 8h45 et le soir entre 17h15 et 19h00.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

L’état de santé de votre enfant nécessite-t-il la mise en place d’un Protocole d’Accueil Individualisé  (traitement médical, allergie alimentaire, accompagnement spécifique relatif à des difficultés de santé etc…) ? □OUI □NON

Si oui, le Protocole d’Accueil Individualisé est-t-il déjà mis en place ? □OUI □NON

Votre enfant a-t- il un régime alimentaire particulier ? 🞏OUI 🞏NON

**Si oui merci de préciser lequel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Votre enfant suit-il un traitement médical ? 🞏OUI 🞏NON

**Si oui merci de joindre obligatoirement l’ordonnance et les médicaments correspondants**.

Votre enfant est-il à jour des vaccins obligatoires (DT polio,Tétracoq,BCG) ? 🞏OUI 🞏NON

**Merci de joindre une copie du carnet de vaccination**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires etc.. :

**AUTORISATION PARENTALE**

La sécurité de votre enfant est un souci constant pour nos équipes d’encadrement.

Afin de nous aider à l’assurer au mieux, merci de remplir avec soin ce document. Votre enfant ne pourra être remis à une autre personne que son responsable légal sans cette autorisation. De même, il ne pourra repartir seul du centre. Pensez à signaler tout problème à l’équipe d’encadrement. Merci de votre collaboration.

**HIVER 2021 -** Accueil fréquenté :

***Je soussigné(e) M. Mme ........................................................................., déclare :***

□ Autoriser mon enfant à repartir seul à la fin de l’accueil

□ Reprendre mon enfant à la fin de la journée d’accueil

□ Autoriser M. Mme …………………………………………………………... à reprendre mon enfant ***Signature :***

**PRINTEMPS 2021 -** Accueil fréquenté :

***Je soussigné(e) M. Mme ........................................................................., déclare :***

□ Autoriser mon enfant à repartir seul à la fin de l’accueil

□ Reprendre mon enfant à la fin de la journée d’accueil

□ Autoriser M. Mme …………………………………………………………... à reprendre mon enfant ***Signature :***

**AUTOMNE 2021 -** Accueil fréquenté :

***Je soussigné(e) M. Mme ........................................................................., déclare :***

□ Autoriser mon enfant à repartir seul à la fin de l’accueil

□ Reprendre mon enfant à la fin de la journée d’accueil

□ Autoriser M. Mme …………………………………………………………... à reprendre mon enfant ***Signature :***

***En outre, je déclare :***

* Autoriser ma fille / mon fils à se baigner et à pratiquer toute autre activité sportive ou culturelle proposée par l’Accueil de Loisirs.
* Autoriser les Services Communication et Enfance-Jeunesse-Insertion de la Ville de SECLIN, à reproduire pour Seclin Magazine, pour le guide de l’enfant, pour le guide des Accueils, le site web de la Ville et/ou le Facebook du Conseil des Jeunes les photographies prises lors de ces activités.
* Autoriser la Direction de l’Accueil de Loisirs à prendre toutes les mesures médicales pour mon enfant en cas d’extrême urgence.

**Seclin le : Signature des responsables légaux :**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la **Direction Enfance Jeunesse Insertion pour la gestion des Accueils Collectifs de Mineurs.** Elles sont conservées jusqu’aux 18 ans de l’enfant et sont destinées aux directeurs des **Accueils Collectifs de Mineurs.** Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d’accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la **Direction Enfance Jeunesse Insertion au 03.20.62.94.42**