

**Accueil de Loisirs
PRJ Juillet 2025**

Un seul dossier par famille à déposer au **Point Rencontre Jeunes** aux heures d'ouverture du service.

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

(de la personne à qui sera adressé tous les courriers administratifs, factures, attestations etc)

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : / / / / / Téléphone portable : / / / / /

Téléphone Professionnel : / / / / /

Adresse mail : (une seule possible) : _____

Veillez joindre une attestation de votre CAF indiquant votre quotient familial (le mois en cours de l'inscription).

Pièces à fournir au dossier :

- Attestation assurance
- Fiche sanitaire (attention une fiche par enfant)

Numéro Allocataire CAF : _____

1^{er} Enfant : Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Ecole :

- Collège
- G.BRASSENS
- G.MEAULNES
- STE THERESE
- AUTRE
- Préciser :

2^{ème} Enfant : Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Ecole :

- Collège
- G.BRASSENS
- G.MEAULNES
- STE THERESE
- AUTRE
- Préciser :

3^{ème} Enfant : Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Ecole :

- Collège
- G.BRASSENS
- G.MEAULNES
- STE THERESE
- AUTRE
- Préciser :

Renseignements du foyer :

Situation des parents :

Marié

Célibataire

Concubin

Divorcé

Séparé

Pacsé

Nom du Père : _____

Prénom : _____

Adresse :

Téléphone domicile : _____

Téléphone Portable : _____

Téléphone Employeur : _____

Profession : _____

Adresse de l'employeur :

Nom de la Mère : _____

Prénom : _____

Adresse :

Téléphone domicile : _____

Téléphone Portable : _____

Téléphone Employeur : _____

Profession : _____

Adresse de l'employeur :

Nom du Beau Père : _____

Prénom : _____

Adresse :

Téléphone domicile : _____

Téléphone Portable : _____

Téléphone Employeur : _____

Profession : _____

Adresse de l'employeur :

Nom de la Belle Mère : _____

Prénom : _____

Adresse :

Téléphone domicile : _____

Téléphone Portable : _____

Téléphone Employeur : _____

Profession : _____

Adresse de l'employeur :

Attestations et Autorisations (cochez les cases ci-dessous si accord)

Je soussigné (e) :

Représentant légal du ou des enfant(s) désigné(s) ci-dessus :

- Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le Point Rencontre Jeunes de **tout changement éventuel** (adresse, problème de santé, situation familiale etc...)
- Autorise la Mairie **à publier et utiliser les photographies** sur lesquelles figurent mon (mes) enfant(s) fréquentant le service qui seraient prises dans le cadre des activités. Celles-ci pourront être reproduites par la Mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (Site internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part. (**conformément à l'article 9 du code civil**)
- Autorise les responsables de la Mairie **à prendre en cas d'urgence les dispositions jugées** indispensables pour la santé de mon (mes) enfant(s), y compris le(s) faire transporter à l'hôpital le plus proche.
- Autorise mon ou mes enfant(s) à participer **à toutes les activités et sorties** du PRJ et **à utiliser les transports** liés aux activités.

Fait à :

Signature :

Le :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT :

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de Naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Garçon **Fille**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite à la fin du séjour.

Maladies

Angine Rougeole Coqueluche
 Rhumatisme Oreillons Otite
 Rubéole Scarlatine Varicelle

Allergies

Alimentaires Asthme
 Médicamenteuses

Difficultés de santé

Recommandations utiles des parents

Repas spéciaux

P A I (Fournir le dossier PAI)
 Sans porc
 Végétarien

Nom du médecin traitant _____

Adresse : _____

V A C C I N A T I O N S

V A C C I N S	Date des derniers Rappels
DIPHTERIE	
TETANOS	
POLIOMYELITE	
<u>OU</u> DT POLIO	
<u>OU</u> TETRACOQ	
B C G	
HEPATITE B	
RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE	
COQUELUCHE	
AUTRES (préciser)	

Je soussigné (e) _____

Responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____

Signature : _____

Autorise mon enfant à rentrer seul dans le cadre de l'accueil du PRJ de juillet.

ACM : Accueil Collectif de Mineurs Oui Non



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT :

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de Naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Garçon **Fille**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite à la fin du séjour.

Maladies

Angine rougeole Coqueluche
 Rhumatisme Oreillons Otite
 Rubéole Scarlatine Varicelle

Allergies

Alimentaires Asthme
 Médicamenteuses

Difficultés de santé

Recommandations utiles des parents

Repas spéciaux

P A I
 Sans porc
 Autres

Nom du médecin traitant _____

Adresse : _____

V A C C I N A T I O N S

V A C C I N S	Date des derniers rappels
DIPHTERIE	
TETANOS	
POLIOMYELITE	
<u>OU</u> DT POLIO	
<u>OU</u> TETRACOQ	
B C G	
HEPATITE B	
RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE	
COQUELUCHE	
AUTRES (préciser)	

Je soussigné (e) _____

Responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____

Signature :

Autorise mon enfant à rentrer seul dans le cadre de l'accueil du PRJ de juillet.

ACM : Accueil Collectif de Mineurs Oui Non