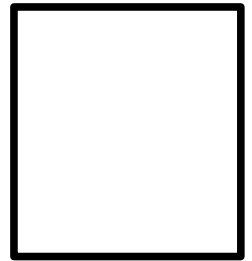




FICHE D'INSCRIPTION
Accueil Collectif de Mineurs (ACM)
2023-2024
4-12ans



Tarif Quotient Familial :

Section ACM : **Moyenne/Grande section** **CP/CE1/CE2** **CM1/CM2/6-5ème**

(1) entourez le terme exact :

L'ENFANT NOM : Prénom :
Date de Naissance : École Fréquentée :
N°SS : N°CAF :

RESPONSABLE LÉGAL(AUX) DE L'ENFANT (1)
Si vous êtes (1) : Marié (e) Pacsé (e) UNION LIBRE
PARENT 1: Nom Prénom.....Profession / Tél Employeur:.....
PARENT 2: Nom Prénom.....Profession/ Tél Employeur:.....

Si vous êtes (1): Divorcé(e) ou Séparé (e) CÉLIBATAIRE AUTRE
VOUS AVEZ: l'autorité parentale unique (compléter ligne1) l'autorité parentale conjointe
(compléter ligne1 et 2)
1 – Parent 1: Nom.....Prénom.....Profession :
Tél Employeur :
2 – Parent 2 : Nom.....Prénom.....Profession :
Tél Employeur :
3- Mail Parent 1 :
Mail Parent 2 :
Merci d'indiquer le mode de garde de l'enfant :
Situation particulière à nous signaler :

VOTRE ADRESSE
Rue, Bâtiment.....
Code Postal.....Ville.....
Tél Dom :Port : Parent 1 :Parent 2:
PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT « en dehors du (es) responsables légal(aux) sur
présentation d'une carte d'identité »
M/Mme/.....Tél:
M/Mme/.....Tél:

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (à remplir par les parents)

1 – VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires*	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rougeole-Oreillons-Rubéole	
				Coqueluche	
				Autres (préciser)	

* Rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE – INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (1) entourez le terme exact

Nom et Téléphone du médecin traitant:

A/ L'ENFANT PRÉSENTE -T-IL DES TROUBLES DE LA SANTÉ? (1)

ALLERGIES/	ALIMENTAIRES	OUI	NON	Précisez à quoi:
	MÉDICAMENTEUSES	OUI	NON	Précisez à quoi:
	AUTRES	OUI	NON	Précisez à quoi:
	ASTHME	OUI	NON	
	ÉPILEPSIE	OUI	NON	
	DIABÈTE	OUI	NON	
	AUTRES	OUI	NON	Précisez:.....

B/ L'ENFANT SUIV – IL UN TRAITEMENT MÉDICAL RÉGULIER?(1) OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

C/LE TROUBLE DE LA SANTÉ IMPLIQUE -T-IL UNE CONDUITE PARTICULIÈRE A SUIVRE EN CAS D'URGENCE PENDANT LE DÉROULEMENT DE L'ACCUEIL DE L'ENFANT ? (1)

OUI NON

Si OUI, prendre contact avec le directeur de l'ACM.

D/ L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT NÉCESSITE-T-IL LA PRÉSENCE D'UN AUXILIAIRE DE VIE SCOLAIRE (1) :

OUI NON

E/ AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ ET PRÉCAUTIONS A PRENDRE
(suivi spécialisé, antécédents d'accidents, d'opération)

.....
.....
.....
.....
.....

3 – RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALÉES PAR LES PARENTS (*l'enfant ou le jeune porte – t -il des lunettes, des lentilles, des prothèses dentaires, problème d'énurésie, autres...*).

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 – **L'ENFANT A T – IL SON BREVET DE NATATION?** (1) OUI NON

AUTORISATION DU TUTEUR LÉGAL

Je soussigné(e),responsable légal du mineur,
..... déclare l'exactitude des renseignements portés sur
cette fiche.

Autorisation Sanitaire

J'autorise le responsable de l'ACM à prendre en cas d'urgence, toutes mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur. (1)

OUI NON

Je m'engage par ailleurs, à rembourser les frais médicaux avancés pour mon enfant à réception de la facture. (1)

OUI NON

Autorisation Activités – Transports

J'autorise mon enfant NomPrénom.....

.....

À participer aux activités et sorties organisées dans le cadre du fonctionnement de l'ACM et à utiliser les transports en commun, notamment bus, train ou bateau.

Autorisation Communication

Cochez la bonne case :

J'autorise la prise de vue (photographique ou vidéo) de mon enfant seul ou en groupe par la Direction de l'animation de la Mairie de Secteur (possibilité de parution dans la revue de la Mairie de Secteur ou autre(s) support (s) de communication).

Je n'autorise pas la prise de vue (photographique ou vidéo) de mon enfant seul ou en groupe par la Direction de l'animation de la Mairie de Secteur (possibilité de parution dans la revue de la Mairie de Secteur ou autre(s) support (s) de communication).

Toutes photos et vidéos ne peuvent être diffusées sur les réseaux sociaux. Pour toutes vidéos et photos prises hors prestations ou événements ville de Marseille, un formulaire d'autorisation photo/vidéo sera donné aux familles.

Je m'engage à signer et à respecter le règlement intérieur.

Je déclare également avoir pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement édictés dans le règlement des ACM de la Mairie de Secteur qui a été porté à ma connaissance et je les accepte sans restriction. (ce règlement est affiché au sein de la structure).

Il est rappelé que la fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au directeur de l'ACM. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les Fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur.

Date :

Signature(s) :