

Dossier annuel valable de septembre 2026 au 31 août 2027 sur l'ensemble des activités du service : accueil périscolaire, centre de loisirs

Cadre réservé à l'administration

Le dossier doit être rendu avec toutes les pièces justificatives obligatoires demandées.

- ☐ Justificatif Aide au Temps Libre CAF
- ☐ Photocopie du carnet de vaccination
- ☐ Certificat médical en cas d'allergie
- ☐ Attestation d'assurance
- ☐ Mise à jour des renseignements sur Logiciel (Mairie)

Dossier réceptionné par _____ le :

ENFANT

Votre enfant doit être scolarisé pour l'inscription.

☐ Garçon

☐ Fille

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Age : _____ ☐ - 6 ans ☐ + 6 ans

Adresse principale de l'enfant : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel. Principal : _____ **Portable principal** _____

Mail principal : _____

Ecole : _____ Classe : _____ Instituteur/trice : _____

RESPONSABLES LEGAUX

Pour vous contacter rapidement, indiquez précisément vos coordonnées.

Mme/M.

NOM : _____ Prénom : _____

Lien de parenté avec l'enfant : _____

N° de sécurité sociale : ____/____/____/____/____/____/____

Profession et adresse de l'employeur : _____

Tel. Professionnel : _____ Portable : _____

Adresse Électronique : _____

CONJOINT(E)

Mme/Mr

NOM : _____ Prénom : _____

Lien de parenté avec l'enfant : _____

Profession et adresse de l'employeur : _____

Tel. Professionnel : _____ Portable : _____

Adresse Mail : _____

N° allocataire CAF : _____

Quotient familial : _____ *Mise à jour chaque année*

Bénéficiez vous des Aides aux Vacances ? _____

PRESENTER LE JUSTIFICATIF AIDES AUX TEMPS LIBRES CAF LE JOUR DE L'INSCRIPTION.

ASSURANCES

Fournir la Copie de l'attestation d'assurance en responsabilité civile de l'enfant, à défaut compléter la déclaration sur l'honneur ci-dessous (en attendant l'attestation définitive).

Je soussigné(e), Mme et/ou M. _____

Demeurant _____

Déclare sur l'honneur faire la démarche de contracter une assurance en responsabilité civile pour la prochaine année scolaire 2025/2026, pour mon enfant.

Fait le _____ SIGNATURE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.

L'admission d'un mineur au centre de loisirs est conditionnée à la fourniture préalable de certaines informations. **Les responsables légaux sont tenus d'informer le directeur de la situation médicale du mineur ou de toute situation susceptible d'entraîner des répercussions sur le déroulement de l'accueil.**

VACCINATIONS : Fournir la copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations obligatoires ou attestation d'un médecin.

► **PROBLEMES PARTICULIERS**, antécédents médicaux ou chirurgicaux susceptibles d'entraîner des répercussions sur le déroulement du séjour :

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

► **PATHOLOGIE CHRONIQUE** ou en cours ;

Votre enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ OUI ☐ NON

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

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites. Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice d'utilisation et l'ordonnance.

► Votre enfant est-il **allergique*** ? Alimentaire/ médicamenteuse : ☐ OUI ☐ NON

Toute allergie signalée doit être confirmée par un certificat médical signé d'un allergologue avec recommandations et précautions à prendre. S'il s'agit d'une allergie alimentaire- joindre un certificat médical et prendre contact impérativement avec le responsable de l'accueil.

Suivant le degré d'importance de l'allergie/ pathologie il est parfois nécessaire d'établir un PAI : projet d'accueil individualisé et de le remettre régulièrement à jour.

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

En cas de fièvre ou de maladie contagieuse (conjonctivite, gastro-entérite, varicelle...) les enfants ne pourront pas être accueillis au centre.

Nom et coordonnées du médecin traitant : _____

REGIME ALIMENTAIRE- 2 choix possibles

☐ MENU DU JOUR

☐ REPAS SANS VIANDE

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e) , en qualité de père/mère/tuteur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon enfant à participer aux sorties ponctuelles organisées à l'extérieur.

J'autorise le responsable de l'accueil à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...)

Les personnes suivantes pourront venir chercher l'enfant : **Elles devront se munir d'une pièce d'identité.**

Mme Mr _____ (lien de parenté) _____ Téléphone _____

Mme Mr _____ (lien de parenté) _____ Téléphone _____

L'enfant est-il autorisé à repartir seul : **Oui** / **Non**

J'autorise la commune de Blénod les Pont à Mousson à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre pédagogique et non commercial de la promotion de ses animations, Journal municipal, Site Internet, plaquettes et affiches

J'autorise la commune de Blénod les Pont à Mousson à consulter les éléments nécessaires à l'inscription de mon enfant dans mon dossier d'allocations familiales.

Les retards répétés, le non-respect des horaires d'accueil ainsi que les comportements perturbant la vie collective ou le manque de courtoisie de la part de l'enfant pourront entraîner l'exclusion de celui-ci.

Tout changement de situation en cours d'année doit être signalé au responsable de l'accueil afin de mettre à jour les informations vous concernant.

☐ **Règlement des activités du service**

Date et signature du représentant légal

Reçu le : _____

Traitement des données à caractère personnel

Les informations personnelles que vous nous communiquez par l'envoi d'un courrier électronique, par connexion à un service en ligne, par renseignement d'un formulaire ou par tout autre moyen sont strictement confidentielles et destinées au traitement de vos demandes par les services **de la Mairie de Blénod-Lès-Pont-À-Mousson**. Elles ne sont transmises à aucun tiers ni à titre onéreux ni à titre gratuit. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et au Règlement Général sur la Protection des données (RGPD) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

Le Délégué à la protection des données

-soit <https://www.agirhe.cdg54.fr/TDB/rgpd.aspx>

-soit à l'adresse postale suivante : **Délégué à la protection des données
Centre de Gestion de Meurthe-et-Moselle-2 allée Pelletier Doisy-54600 Villers-Lès-Nancy**