



## 1. ENFANT

### 1.1. Identité

#### 1.1.1. Civilité

NOM de famille \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Garçon

Fille

### 1.2. Informations Complémentaires

#### 1.2.1. Informations légales

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul au domicile ?

Pendant la pause déjeuner

En fin de journée

L'enfant est-il en garde alternée ?

Oui

Non

#### 1.2.2. Médecin

NOM du médecin de l'enfant \_\_\_\_\_

Contact du médecin \_\_\_\_\_

#### 1.2.3. Remarques

Information importantes

---

---

---

### 1.3. Entourage

#### **EN DEHORS DES RESPONSIBLES LÉGAUX**

Autres personnes habilitées à récupérer l'enfant

1	NOM de famille Lien avec l'enfant	Prénom Téléphone
2	NOM de famille Lien avec l'enfant	Prénom Téléphone
3	NOM de famille Lien avec l'enfant	Prénom Téléphone
4	NOM de famille Lien avec l'enfant	Prénom Téléphone



## 1.4. Administratif

### 1.4.1. Assurance scolaire et extrascolaire

Assureur \_\_\_\_\_ Téléphone de l'assureur \_\_\_\_\_

Numéro de contrat \_\_\_\_\_

## 1.5. Recommandations & Autorisations

### 1.5.1. Allergies

L'enfant est-il sujet à des troubles allergiques ? Oui  Non   
Si non, passez au point : « 1.5.2. Maladies invalidantes »

↓↓↓ Si oui, veuillez préciser ↓↓↓

Allergies alimentaires

Allergies médicamenteuses

Allergies environnementales

Détail : \_\_\_\_\_

### 1.5.2. Maladies invalidantes

L'enfant est-il atteint d'une maladie invalidante ? Oui  Non   
Si non, passez au point : « 1.5.3. Handicap »

↓↓↓ Si oui, veuillez préciser ↓↓↓

Cardiorespiratoire

Rénale

Diabète

Détail : \_\_\_\_\_

### 1.5.3. Handicap

L'enfant est-il soumis à un handicap ? Oui  Non   
Si non, passez au point : « 1.5.3.1. Appareillage »

↓↓↓ Si oui, veuillez préciser ↓↓↓

Auditif

Psychique

Moteur

Visuel

Détail : \_\_\_\_\_



### 1.5.3.1. Appareillage

L'enfant est-il appareillé ? Oui  Non

Si non, passez au point : « 1.5.3.2. Informations sanitaires »

↓↓↓ Si oui, veuillez préciser ↓↓↓

Prothèse/Appareil dentaire

Lunettes/Lentilles

Prothèse auditive

Autre

Détail : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 1.5.3.2. Informations sanitaires

L'enfant fait-il l'objet d'un P.A.I. ? Oui  Non

L'enfant est-il à jours de ses vaccins ?  
(Diphtérie ; Tétanos ; Poliomyélite) Oui  Non

L'enfant est-il soumis à un régime spécifique ? Oui  Non

Si non, passez au point : « 1.5.3.3. Restrictions »

↓↓↓ Si oui, veuillez préciser ↓↓↓

Sans porc

Végétarien

Sans viande

Végétalien

Détail : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 1.5.3.3. Restrictions

Pas de sorties

Pas de baignade/natation

### 1.5.3.4. Droit à l'image

**Accordé**

J'autorise les services de la commune de Calenzana et de l'éducation nationale à photographier et filmer mon enfant dans le cadre de ses activités scolaires, périscolaires, et extrascolaires.

L'usage de ce contenu sera donc libre de droit.

**Refusé**

Je n'autorise pas les services de la commune de Calenzana et de l'éducation nationale à photographier et filmer mon enfant dans le cadre de ses activités scolaires, périscolaires, et extrascolaires.



Le Règlement intérieur du centre de loisirs est consultable sur le site [www.pej-calenzana.fr](http://www.pej-calenzana.fr)

Je soussigné Mme./M. \_\_\_\_\_ agissant en qualité de responsable

légal de l'enfant susmentionné atteste sur l'honneur :

- Que les informations renseignées dans le présent formulaire sont exactes ;
- Autoriser la commune de Calenzana à exploiter ces renseignements à des fins administratives ;
- Avoir pris connaissance des éventuels règlements intérieurs qui pourraient m'être destinés.

Fait à \_\_\_\_\_ COMMUNE \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_



Les pages suivantes sont dédiées aux informations relatives aux responsables légaux de l'enfant.

Le choix du « **Responsable légal premier** » est important. C'est sur son adresse de messagerie électronique que seront générés les identifiants portail famille. C'est également celui-ci qui sera facturé par défaut. Enfin, sauf indication contraire, le domicile de l'enfant sera établi chez ce dernier.

Le « **Responsable légal second** », pourra obtenir des identifiants portail famille sur demande en cas de garde alternée. Ce dernier reste codébiteur des éventuelles factures (sauf cas particulier comme une garde exclusive attribuée au responsable légal premier).

## 2. RESPONSABLE LÉGAL PREMIER

### 2.1. Identité (Resp. légal 1<sup>er</sup>)

#### 2.1.1. Civilité & Contact

NOM de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

#### 2.1.2. Adresse

N° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Complément/Lieu-dit \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ COMMUNE \_\_\_\_\_



## 2.2. Informations Complémentaires

### 2.2.1. Informations Professionnelles

Ce responsable exerce-t-il une activité professionnelle permanente ? (Hors emplois saisonniers)

Oui

Non

Si non, passez au point : « 2.3. Financier/Paiement »

↓↓↓ Si oui, veuillez préciser ↓↓↓

Profession \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Le lieu de travail est

Fixe

Itinérant

Si itinérant, passez au point : « 2.3. Financier/Paiement »

↓↓↓ Si fixe, veuillez renseigner l'adresse et éventuel téléphone ↓↓↓

N° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Complément/Lieu-dit \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

COMMUNE \_\_\_\_\_ Tél. pro. \_\_\_\_\_

## 2.3. Financier / Paiement

### 2.3.1. Situation allocataire

La famille est-elle allocataire ?

Oui

Non

Si non, passez au point : « 3. Responsable légal second »

↓↓↓ Si oui, veuillez préciser ↓↓↓

La famille est allocataire

CAF

MSA

Le dossier allocataire est au nom du responsable légal premier

Oui

Non

Le dossier allocataire est au nom du responsable légal second

Oui

Non

Numéro d'allocataire \_\_\_\_\_



### 3. RESPONSABLE LÉGAL SECOND

#### 3.1. Cas spécifiques

- Le responsable légal second est décédé ou disparu.
- Le responsable légal premier est une famille d'accueil ou un parent adoptant.
- Le responsable légal second est déchu de ses droits parentaux.
- Le responsable légal premier a la garde exclusive de l'enfant.

Si vous avez coché une des 4 propositions ci-haut, passez à la page 7

↓↓↓ Si non, veuillez poursuivre ↓↓↓

#### 3.2. Identité (Resp. légal 2<sup>nd</sup>)

##### 3.2.1. Civilité & Contact

NOM de famille \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

##### 3.2.2. Adresse

Les deux responsables légaux vivent au sein du même foyer    Oui     Non

Si oui, passez au point : « 3.3. Informations complémentaires »

↓↓↓ Si non, veuillez préciser ↓↓↓

N° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Complément/Lieu-dit \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ COMMUNE \_\_\_\_\_



### 3.3. Informations complémentaires

#### 3.3.1. Informations Professionnelles

Ce responsable exerce-t-il une activité professionnelle permanente ? (Hors emplois saisonniers)

Oui

Non

Si non, passez en fin de page

↓↓↓ Si oui, veuillez préciser ↓↓↓

Profession \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Le lieu de travail est

Fixe

Itinérant

Si itinérant, passez en fin de page

↓↓↓ Si fixe, veuillez renseigner l'adresse et éventuel téléphone ↓↓↓

N° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Complément/Lieu-dit \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

COMMUNE \_\_\_\_\_ Tél. pro. \_\_\_\_\_

Je soussigné Mme./M. \_\_\_\_\_ rédacteur du présent dossier

d'inscription atteste sur l'honneur :

- Que les informations renseignées dans le présent formulaire sont exactes ;
- Autoriser la commune de Calenzana à exploiter ces renseignements à des fins administratives.

Fait à \_\_\_\_\_ COMMUNE \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

SIGNATURE

En cas de garde alternée, signature des deux responsables\*

SIGNATURE



## **ANNEXE 1 : PIÈCES À FOURNIR**

✚ Pièces à fournir en mairie lors du dépôt de votre dossier pour chaque période de vacances :

- Photo d'identité de l'enfant (à fournir une seule fois lors de l'inscription initiale) ;
- Attestation d'assurance scolaire/extrascolaire ;
- Copie des pages de vaccination du carnet de santé ;
- Copie du P.A.I. (Si l'enfant nécessite un encadrement spécifique) ;
- Justificatif d'identité du responsable légal premier,
  - Passeport ou CNI recto/verso ;
- Justificatif d'identité du responsable légal second,
  - Ou tout justificatif dispensant la pièce (acte de décès ; jugement...)
- Justificatif de domicile du responsable légal premier ;
- Justificatif de domicile du responsable légal second (s'il ne réside pas avec le premier) ;
- Copie complète du livret de famille,
  - Pages des parents et enfants ;
- Attestation de quotient familial CAF ou MSA,
  - Ou déclaration de non-éligibilité (ANNEXE 2).

## **TOUT DOSSIER NON-ACCOMPAGNÉ DE L'ENSEMBLE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES SERA REJETÉ**

.....

✚ Pièce à remettre à l'équipe pédagogique le 1<sup>er</sup> jour de présence de votre enfant pour chaque période de vacances :

- Fiche Sanitaire de Liaison (ANNEXE 3)
  - La fiche doit être **ENTIÈREMENT COMPLÉTÉE** ;
    - Identité de l'enfant (Civilité, Naissance, Sexe) ;
    - Dates de vaccins et rappels ;
    - Poids / Taille ;
    - Réponses aux questions à cocher ;
    - Informations sur les responsables légaux ;
    - Informations sur le médecin de famille (Nom, Contact) ;
    - Date et Signature.



**ANNEXE 2 : DÉCLARATION DE NON-ELIGIBILITÉ À LA TARIFICATION SOCIALE**

Je soussigné Madame/Monsieur (rayer la mention inutile) \_\_\_\_\_

responsable légal du/des mineur-s :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Atteste sur l'honneur :

- Qu'aucun des responsables légaux du-es enfants sus-cité-s n'est allocataire

Ou

- Qu'aucun des responsables légaux du-des enfant-s sus-cité-s n'est en mesure de fournir une attestation de Quotient Familial\* inférieur à 1800

Attestation sur l'honneur faite à l'intéressé afin de faire valoir et servir ce que de droit.

Commune : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

.....

\*Les attestations de quotient familiaux sont disponibles :

- Pour les allocataires CAF : Sur votre espace allocataire via la rubrique : Mes Attestations > Attestation de quotient familial > Pour le mois de *mois* 20AA
- Pour les allocataires MSA : Sur votre espace allocataire MSA : Sur votre espace allocataire via la rubrique Mon quotient familial

L'espace numérique municipal de Calenzana accueille gratuitement les familles qui ne parviennent pas à se connecter à leurs espaces allocataires et/ou qui ne disposent pas de moyens d'impression.

Contact : 04 95 62 70 08 – Choix 6 ou par SMS au 07 84 18 43 36

**ATTENTION : TOUT DOSSIER NE COMPRENANT PAS, SOIT LA PRÉSENTE ATTESTATION DÛMENT COMPLÉTÉE ; SOIT UNE ATTESTATION DE QUOTIENT FAMILIAL EN COURS DE VALIDITÉ SERA REJETÉ**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

SEXE :    M        F   

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?     Oui     Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES     oui     non  
 MÉDICAMENTEUSES     oui     non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :     oui     non  
 Précisez : .....

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

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser     oui     non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS  
 Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
 TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
 TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....



**Pôle Enfance & Jeunesse**

Commune de Calenzana

Cumuna di Calinzana

*Dossier d'inscription et de réinscription*

*Centre de Loisirs Municipal*

#### **ANNEXE 4 : FICHE CONTACT**

**Madame Pascale CINQUILLI** - Régisseuse

04 95 30 40 26 – [alsh@calenzana.fr](mailto:alsh@calenzana.fr)

**Monsieur Anthony ESCOBAR** – Référent familles

04 95 30 40 25 – [enfance-jeunesse@calenzana.fr](mailto:enfance-jeunesse@calenzana.fr)

**Monsieur Clément COURTOIS** – Directeur d'animations

06 73 57 86 71 – Contact via l'application ClassDojo

**Madame Laetitia MANICACCI** – Éluée référente

04 95 62 70 08 – Demande de RDV

*Pour accéder à votre portail famille et retrouver toutes les informations utiles rendez-vous sur notre site internet : ↓↓↓*

[www.pej-calenzana.fr](http://www.pej-calenzana.fr)