



# SALLE DES JEUNES

## Dossier d'inscription

### **Pièces à fournir une fois par année scolaire :**

- Fiche Famille
- Fiche sanitaire de liaison
- Formulaire d'autorisations parentales
- Photocopie du carnet de vaccinations
- Photo d'identité
- Attestation d'assurance extrascolaire ou responsabilité civile
- Pour les parents divorcés, photocopie du jugement
- Récépissé du Règlement Intérieur de la Salle des Jeunes
- Accord CNIL sur la collecte des renseignements et données personnelles
- Chèque d'adhésion à la salle de 10 € à l'ordre du Trésor Public
- Quotient familial de la CAF ou avis d'imposition des deux parents
- Attestation « d'Aisance Aquatique »

### **Puis, pour chaque période :**

- Attestation de non-modification des données
- Fiche de réservation enfant si séjour
- Règlement afférent à la semaine

Pour tout renseignement complémentaire concernant l'inscription à la Salle des Jeunes, veuillez contacter la Direction au 04.94.56.53.48



# SALLE DES JEUNES

## Fiche famille

### Premier parent :

Nom et Prénom : .....

N° de téléphone : ..... N° de portable : .....

Courriel : .....

Adresse : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

Profession : ..... Téléphone employeur : .....

### Deuxième parent :

Nom et Prénom : .....

N° de téléphone : ..... N° de portable : .....

Courriel : .....

Adresse : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

Profession : ..... Téléphone employeur : .....

### SITUATION FAMILIALE

Marié / Vie maritale / Pacsé     Divorcé / Séparé     En cours de séparation     Célibataire     Veuf / Veuve

### **Cocher le régime allocataire de (des) enfant (s) :**

Régime général (Sécurité Sociale) et Fonction Publique     Régime agricole (MSA...)  
 Autres régimes (EDF – GDF – SNCF – Banque de France...)     Régime maritime

N° CAF (donné à la naissance du 1<sup>er</sup> enfant) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (7 chiffres + 1 lettre)

**J'atteste être titulaire d'une assurance responsabilité civile couvrant mon (mes) enfant (s), auprès de la société d'assurance :**

Nom et adresse.....  
.....

N° du contrat d'assurance : .....

**1<sup>er</sup> enfant :**

Nom et Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse de l'enfant : .....

.....

**2<sup>ème</sup> enfant :**

Nom et Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse de l'enfant : .....

.....

**3<sup>ème</sup> enfant :**

Nom et Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse de l'enfant : .....

.....

Date : .....

Signature du ou des titulaires de l'autorité parentale :



# SALLE DES JEUNES

## Fiche de préinscription et fiche sanitaire de liaison

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Garçon  Fille

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

Photo  
Obligatoire

### Ouverture prévisionnelle de la salle des jeunes et demande de préinscription sur ces périodes :

- 1<sup>ère</sup> semaine des vacances d'automne (du 19 au 23 octobre 2020)  
 1<sup>ère</sup> semaine des vacances d'hiver (du 22 au 26 février 2021)  
 1<sup>ère</sup> semaine des vacances de printemps (du 26 au 30 avril 2021)  
 De la mi-juillet à la mi-août 2021

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

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.*

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non

**Si oui** joindre, à chaque période de vacances, 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 pris sans ordonnance.**

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

<b>RUBÉOLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

### ALLERGIES :

ASTHME oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non

AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

---

---

---

---

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates **et les précautions à prendre :**

---

---

---

---

Présence d'un PAI :  OUI  NON date de validité \_\_\_\_\_

*Ce Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être accompagné d'une note explicative et d'un protocole d'intervention en cas d'urgence à faire compléter par un spécialiste (pour l'allergie alimentaire) ou par le médecin traitant (pour les autres pathologies). **Sans ce PAI, l'enfant ne pourra être accueilli à la Salle des Jeunes.***

---

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ... PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

---

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE

---

---

---

**Numéros de téléphone :**

**1<sup>er</sup> parent domicile :** \_\_\_\_\_ **portable :** \_\_\_\_\_ **travail :** \_\_\_\_\_

**2<sup>ème</sup> parent domicile :** \_\_\_\_\_ **portable :** \_\_\_\_\_ **travail :** \_\_\_\_\_

**NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT :** \_\_\_\_\_

Je soussigné (e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la salle à prendre, le cas échéant, toute mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable de la salle à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature



# SALLE DES JEUNES

## Autorisations parentales

### AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné (e) mère, père ou tuteur .....autorise mon enfant (nom et prénom).....à rentrer seul de la Salle des Jeunes :  Oui  Non

Et / ou autorise ces personnes à venir chercher mon enfant à la sortie de la Salle des Jeunes :

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE

Je soussigné (e) mère, père ou tuteur .....

Autorise les encadrants de la Salle des Jeunes à diffuser la ou les photographie (s) prise (s) de mon enfant

(Nom, Prénom) .....lors des activités auxquelles il participe.

Cette autorisation est valable :

- Pour l'édition de documents de nature pédagogique (journal interne et externe, brochures)
- Pour des expositions relatives à la Salle des Jeunes
- Pour la diffusion de court-métrage
- Pour la publication sur le site internet de la commune et des communes partenaires

Fait à....., le.....

Signature du représentant légal



Les informations recueillies dans ce dossier sont enregistrées dans un fichier informatisé par **la Mairie de Gassin** pour **la préinscription, l'inscription, le suivi et la facturation** du service de

- **Accueils et activités périscolaires et extrascolaires**
- **Accueils collectifs de mineurs sans hébergement**

Elles sont conservées pendant **l'année scolaire et jusqu'au recouvrement des sommes afférentes aux services payants** et sont destinées :

- **aux personnels de la Mairie en charge desdits services (administratifs et comptables),**
- **aux services du comptable public ou des établissements bancaires financiers ou postaux concernés par les opérations de mise en recouvrement,**
- **aux services de l'Etat habilités à exercer un contrôle en la matière,**
- **aux officiers publics ou ministériels ;**
- **aux caisses d'allocations familiales (CAF) et à la CNAF, à des seules fins statistiques ou de recherche scientifique**

Conformément à la [loi « informatique et libertés » modifiée](#), ainsi qu'au Règlement sur la Protection des Données (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : **le service Animation.**

**Je donne mon accord à la collecte des renseignements et données personnelles destinés à la finalité ci-dessus**

**Pour mon (mes) enfant(s) :**

- 
- 
- 
- 
- 

**Date et signature du 1<sup>er</sup> parent**

**Date et signature du 2<sup>nd</sup> parent**