



Service Education/Jeunesse
et Service des Sports

DOCUMENT UNIQUE DE RENSEIGNEMENT
A remplir impérativement
Quelle que soit l'activité choisie

A retourner avant le 23 Juin 2023 (à l'école de votre enfant)
(Ou par mail ou par courrier à la Mairie)
Remplir une fiche par enfant (Recto/Verso)

Nom de l'enfant :				Prénom :				Sexe : M / F		
Né(e) le :			Lieu naissance :			Ecole :				
Classe (rentrée 2023-2024) :	TPS	PS	MS	GS	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	ULIS
Code Carte services+	A		B		C		D		E	

Responsables légaux	<i>Mère</i>	<i>Père</i>	<i>Autre</i>
Nom			
Prénom			
Adresse			
Code postal et Commune			
Profession et Lieu de travail			
Tél. domicile			
Tél. portable			
Tél. professionnel			
Courriel*			

*** Ecrire lisiblement votre adresse**
Pensez au prélèvement automatique (Contacter le service Education/Jeunesse)

Personnes autorisées à reprendre l'enfant et à contacter en cas de retard des parents

Nom Prénom	Lien avec l'enfant (grands-parents, amis....)	Numéro(s) de téléphone

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

ALLOCATAIRE CAF ou MSA : Nom et prénom de l'allocataire

N° CAF ou MSA : **Quotient familial :**

<input type="checkbox"/> Autorise	le service jeunesse à consulter votre dossier allocataire CAF afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des tarifs (la CAF respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction).
<input type="checkbox"/> N'autorise pas..	

ALLOCATAIRE AEEH : Votre enfant est-il bénéficiaire ? :

ASSURANCE : Coordonnées de l'assureur N° Police

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Vaccinations obligatoires – Joindre la photocopie du carnet de santé			
Enfant né avant 2018			
Diphtérie Tétanos Polio	Oui	Non	Date du dernier rappel :
Enfant né à partir de 2018			
11 vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du vaccin :
Traitement médical	Oui		Non
Description du traitement médical suivi :			
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.			
Allergies	Oui		Non
Précisez les causes d'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)			
Remarques éventuelles et précautions à prendre : Difficulté de santé, intolérance, port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires ect....			
<u>IMPORTANT</u> : L'enfant fait-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé ?			
	Oui		Non
Si oui , vous devez impérativement en fournir une copie et prendre contact avec l'équipe de direction de la structure d'accueil concernée			
<u>Médecin traitant</u> Nom, adresse, téléphone :			

AUTORISATION ET ENGAGEMENT PARENTAL

Je soussigné : agissant en qualité de représentant légal de l'enfant :

L'AUTORISE A :

. Participer aux sorties et activités sportives et culturelles organisées par la Ville de Gérardmer et concernant les Accueils de Loisirs Périscolaires, l'Accueil de Loisirs « Acti'vacances », le Conseil Municipal des Jeunes, les écoles municipales du sport, le ramassage scolaire et les études surveillées, l'espace « Jeunes » Bergon, le chantier « Jeunes » et l'activité « Théâtre » municipale :

Oui Non

. Etre hospitalisé et soigné en cas d'urgence :

Oui Non

. Etre photographié ou filmé durant les temps d'accueil (les documents réalisés pourront être diffusés) :

Oui Non

. Rentrer seul lorsque le temps d'accueil est terminé (uniquement pour les enfants des classes élémentaires) :

Oui Non

ET M'ENGAGE A :

. Prendre connaissance des règlements intérieurs des différentes activités et en respecter les termes.

Je certifie que les renseignements inscrits sur ce document sont exacts et m'engage à signaler tout changement par lettre manuscrite adressée aux organisateurs, notamment les numéros téléphoniques.

. Autoriser la Ville de Gérardmer à saisir informatiquement mes informations personnelles et médicales.

Fait à :, le :

Signature :