



ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS
Fiche d'inscription

IDENTITE FAMILLE

Représentants légaux

Père , Mère , Tuteur , Autre A préciser :

Nom :

Indiquez le nom de naissance suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage

Prénom(s) :

Adresse :

Code postal : _____ Ville :

Tél dom. : __/__/__/__/__ Portable : __/__/__/__/__

Tél travail : __/__/__/__/__ Mail :

Père , Mère , Tuteur , Autre A préciser :

Nom :

Indiquez le nom de naissance suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage

Prénom(s) :

Adresse :

Code postal : _____ Ville :

Tél dom. : __/__/__/__/__ Portable : __/__/__/__/__

Tél travail : __/__/__/__/__ Mail :

IDENTITE DE L'ENFANT

Enfant

Garçon Fille

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Code postal : _____ Ville :

Date de naissance __/__/____ (jj/mm/aaaa) Lieu de naissance :

Age :

Portable de l'enfant (le cas échéant) : __/__/__/__/__

Ecole maternelle Primaire

Ecole fréquentée :



PIECES A FOURNIR

- Fiche d'inscription dûment remplie ;
 - Copie du livret de famille complet ;
 - Jugement de divorce ou de séparation, le cas échéant ;
 - Originale et copie du carnet de vaccination ;
 - Fiche sanitaire de liaison ;
 - Attestation Caf indiquant le quotient familial ;
 - Autorisation concernant le droit à l'image ;
 - Fiche autorisations
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois ;
- Si Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) dossier P.A.I.

Je soussigné(e) : Responsable légal de l'enfant :

- ✓ Certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription figurant sur le dossier ;
- ✓ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche ;
- ✓ Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre de loisirs et l'accepter ;
- ✓ S'engage à communiquer au directeur tout changement de situation familiale par rapport aux informations données dans la fiche d'inscription initiale ;
- ✓ Autorise le directeur ou son représentant à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à :

Le : __ / __ / ____ (jj/mm/aaaa)

« Lu et approuvé »

Signature :



**ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS
Fiche autorisations**

Droit à l'image

Noms et prénoms des représentants légaux :

Agissant en qualité de représentants légaux, parents ou tuteur de :

Nom :

Prénom :

Autorise par la présente la Ville de Tourcoing à utiliser les photographies sur lesquelles apparait l'enfant mentionné

Cette autorisation est valable :

- ✓ Pour l'édition de documents de documents de nature pédagogique ;
- ✓ Pour des expositions relatives au centre de loisirs ;
- ✓ Pour les journaux d'information locale ;
- ✓ Pour la publication sur le site internet de la Ville de Tourcoing ;
- ✓ Pour la publication sur les réseaux sociaux.

Cette autorisation est valable pour une durée de 5 ans et pourra être révoquée à tout moment.

Le droit à l'image est incessible.

La présente autorisation est consentie sans aucune contrepartie financière

Fait à :

Le : __/__/____ (jj/mm/aaaa)

« Lu et approuvé »

Signature des représentants légaux :

Activités

J'autorise mon enfant :

à participer aux activités et sorties qui lui sont proposées dans le cadre de l'Accueil de loisirs

à aller à la piscine le cas échéant

Fait à :

Le : __/__/____ (jj/mm/aaaa)

« Lu et approuvé »

Signature :



Tourcoing

**DIRECTION DE LA JEUNESSE,
DES SPORTS
ET DES TERRITOIRES**

Centre Isabelle Villez
30, Avenue Millet
59000 Tourcoing
Tél. : 03 59 63 40 80
Mail : acm@ville-tourcoing.fr

**ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS
Fiche autorisations**

Départ du centre de loisirs

Je soussigné(e) : Nom : Prénom :

Agissant en qualité de représentant légal, parent ou tuteur de :

Nom : Prénom :

- Autorise mon enfant à repartir seul du centre de loisirs (à partir de 9 ans révolus)
 N'autorise pas mon enfant à repartir seul du centre de loisirs

Personnes autorisées à récupérer mon enfant en cas d'impossibilité du ou des responsables légaux :

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Fait à :
Le : __/__/____ (jj/mm/aaaa)

« Lu et approuvé »

Signature :

Remarques éventuelles

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



ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS DU VIROLOIS

FICHE DE RESERVATION

Accueil les mercredis du 6 septembre au 20 décembre

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de Naissance :

Contact téléphonique :

Veillez cocher la formule choisie

Date	Garderie matin 7h30-9h00	Accueil matin 9h-11h30	Repas du midi 11h30- 13h30	Accueil après midi 13h30- 17h00	Garderie soir 17h00- 18h30
6 septembre					
13 septembre					
20 septembre					
27 septembre					
4 octobre					
11 octobre					
18 octobre					
8 novembre					
15 novembre					
22 novembre					
29 novembre					
6 décembre					
13 décembre					
20 décembre					

*votre enfant a-t-il un PAI alimentaire (Projet d'accueil individualisé ?)

Non, mon enfant n'a pas de PAI alimentaire

Oui, mon enfant a un PAI et j'amène un panier repas

Nom et prénom du/ des responsables légaux :

Fait le :

Signature :



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 des 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 :

Projet d'accueil individualisé (PAI)

Article D. 351-9 du Code de l'éducation - Circulaire

Le PAI permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé de la structure concernée et le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de l'établissement, de la structure ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, garants de la mise en œuvre de la lisibilité et de la communication des procédures.

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Élève

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Etablissement scolaire :

Responsables légaux ou élève majeur :

Lien de parenté	Nom et prénom	Domicile	✉ Tmail	☎ N° Téléphone	Signature

Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant, y compris ceux chargés de la restauration et du temps périscolaire et à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements qui y sont prévus.

	PAI 1 ^{ère} demande	Modifications éventuelles				
Date						
Classe						

Vérification annuelle des éléments du PAI fournis par la famille : fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin

Date					
Classe					

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de la structure, le médecin et l'infirmier de l'éducation nationale en cas de changement de prescription médicale. Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place.

Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

Établissement scolaire et hors de l'établissement scolaire :

Référents	Nom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
Chef d'établissement				
Directeur d'école				
Directeur d'établissement				
Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure				
Médecin éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				
Infirmier éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				

Partenaires :

Référents	Nom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
Médecins traitants, services hospitaliers				
Représentant du service de restauration				
Responsable des autres temps périscolaires				
Autres :				

Nom de l'élève :

PARTIE 2 – AMENAGEMENTS ET ADAPTATIONS
PARTIE MEDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE PMI OU DE [! STRUCTURE ou à préciser :

I. Conséquences de la maladie ou affection, essentielles et utiles pour la compréhension

II. Aménagements du temps de présence dans l'établissement

- Temps partiel : temps de présence évolutif et de prise en charge, horaires décalés (joindre l'emploi du temps adapté)
- Temps de repos
- Dispense partielle ou totale d'activité (EPS, activités manuelles, en lien avec des aliments, des animaux, etc.)

Préciser :

Joindre le certificat d'inaptitude d'EPS

III. Aménagement de l'environnement (selon le contexte)

- Autorisation de sortie de classe (toilettes, boissons, infirmerie, vie scolaire, etc.)
- Place dans la classe
- Mobilier et matériel spécifique (double jeu de livres, livre numérique, siège ergonomique, informatique, casier, robot)
- Toilettes et hygiène (accès, toilettes spécifiques, aménagements matériels, changes, douche, aide humaine, etc.)
- Récréation et interours (précautions vis-à-vis du froid, soleil, jeux, bousculades, etc.)
- Accessibilité aux locaux
- Environnement visuel, sonore, autre

Préciser :

IV. Aménagements à l'extérieur de l'établissement.

Le PAI doit suivre l'enfant sur ses différents lieux de vie collectifs.

- Déplacements scolaires (stade, restauration scolaire, etc.)
- Déplacements pour examens
- Sorties sans nuitée
- Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

Préciser si nécessité de fournir un traitement quotidien matin-soir et/ou mesures particulières et joindre une ordonnance claire et précise avec les médicaments avant le départ :

V. Restauration

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective <input type="checkbox"/> Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Par le service responsable de la restauration <input type="checkbox"/> Par l'élève lui-même (affichage INCO) <input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution <input type="checkbox"/> Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Goûter et/ou collations fournis par la Famille <input type="checkbox"/> Boissons <input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires <input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier <input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation
--	--

Préciser :

Nom de l'élève :

VI. Soins

Traitement quotidien sur le temps de présence dans l'établissement (cf. ordonnance jointe) : oui non

Traitement médicamenteux :

- Nom (commercial/générique) :
- Posologie :
- Mode de prise :
- Horaire de prise :

Surveillances particulières : oui non

- Préciser qui fait la surveillance, horaires, recueil des données... :

Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l'établissement oui non

- Préciser :

Protocole joint oui non

Éléments confidentiels sous pli cacheté à transmettre aux équipes de secours ou au médecin : oui non

- Préciser :

Fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » jointe (cf page 5)

Autres soins :

Trousse d'urgence :

- Existence d'une trousse d'urgence : oui non

- Contenu de la trousse d'urgence :

- PAI obligatoirement Ordonnance Traitements Pli confidentiel à l'attention des secours

- Lieu de stockage de la trousse d'urgence de l'enfant dans l'établissement à préciser :

- Élève autorisé à avoir le traitement d'urgence sur lui avec la fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » : oui non

- Autre trousse d'urgence dans l'établissement : oui non

Préciser :

VII. Adaptations pédagogiques, des évaluations et des épreuves aux examens

Besoins particuliers	Précisions Mesures à prendre (préciser les disciplines si besoin)
<input type="checkbox"/> Aide durant la classe (attention particulière, support d'apprentissage, tutorat, écriture, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission des cours et des devoirs (reproduction des cours, clés USB, espace numérique de l'établissement, classe inversée, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission et/ou aménagements des évaluations et contrôles	
<input type="checkbox"/> Proposition d'aménagements des épreuves aux examens, à la demande des responsables légaux	
<input type="checkbox"/> Temps périscolaire (spécificités liées autype d'activités, etc.)	
<input type="checkbox"/> APADHE <input type="checkbox"/> Cned en scolarité partagée <input type="checkbox"/> Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Nom de l'élève :