

1. COMPOSITION FAMILIALE

Père :

- NOM :Prénom :
- Date de naissance :
- Adresse :
- CP : Ville :
- Téléphone portable
- Téléphone travail :
- Profession :
- Adresse électronique (*obligatoire pour avoir accès au portail familles*) :

J'accepte que la Ville de Capbreton m'envoie des informations par courrier électronique et par S.M.S

Si je réside sur Capbreton, je souhaite ouvrir un compte via le portail familles

Mère :

- NOM :Prénom :
- Date de naissance :
- Adresse (si différente) :
- CP : Ville :
- Téléphone portable :
- Téléphone travail :
- Profession :

Autre :

- NOM : Prénom : • Qualité :
- Adresse : • Téléphone(s) :
- CP : Ville :

Adresse à Capbreton si différente (grands-parents / résidence secondaire / etc.)

- Chez (Nom / Prénom) :
- Adresse :
- CP : Ville :
- Téléphone fixe : Téléphone portable :
- Si un seul parent exerce l'autorité parentale, le préciser : Père Mère
- Autre (à préciser) :

(Fournir une copie du jugement relatif à l'autorité parentale)

Composition de la famille

N° attribué à l'utilisateur	Nom	Prénom	Sexe	Date de Naissance	École fréquentée
① (enfant)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

② (enfant)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
③ (enfant)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Autre cas (à préciser)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

2. RÉGLEMENT DES FACTURES

- Indiquer le représentant qui prendra en charge les différentes factures :
- Nombre d'enfants à charge :
- N° d'allocataire CAF (6 chiffres) :
- N° MSA :
- Pour les familles concernées, joindre une copie de la carte d'identité vacances

Pour l'Accueil de loisirs périscolaire et l'Accueil de loisirs sans hébergement, les chèques CESU sont acceptés pour les enfants de moins de 6 ans.

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), peut apporter une aide aux familles, en fonction de leur situation et sous conditions de revenus. ☎ 05.58.72.70.75

3. DROIT À L'IMAGE

Autorise la mairie de Capbreton à reproduire, présenter, exposer, publier la ou les photographies(s) ou film(s) :

- Dans le bulletin municipal
- Sur le portail familles
- Sur le site de la ville www.capbreton.fr
- Sur le Face Book de la ville
- Dans la presse locale

N'autorise pas la mairie de Capbreton à reproduire, présenter, exposer, publier la ou les photographies(s) ou film(s) sur les supports de communication cités ci-dessus.

La remise de ce dossier ne dispense pas les familles d'inscrire les enfants à l'accueil périscolaire (inscription tous les matins à la maternelle pour l'accueil

Dossier à remettre :

Au centre de loisirs (Alsh) à partir de 17H (lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi) ou au guichet des Affaires Scolaires à la mairie. Documents à fournir : Assurance scolaire recommandée, vaccin DTP, fiche d'imposition.

4. Traitement des données personnelles : se rapporter au règlement intérieur de la structure

Pour des raisons de sécurité, tout changement de données administratives, sanitaires ou autres doit être signalé à la direction de la structure (dir.alsh@capbreton.fr)

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

FICHE SANITAIRE

1 FICHE PAR ENFANT MINEUR

Nom de l'enfant : Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance :

1. RESPONSABLE LÉGAL

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. Domicile : Tél. Travail : Tél. Portable :

2. RECOMMANDATIONS UTILES

Appareillages : port de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, autres (à préciser) :

Antécédents à signaler :

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Allergies ou soins spécifiques : Oui Non

Si oui, produire un certificat médical et le Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Régime alimentaire (*sur prescription médicale*) : Oui – Lequel :

Non

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*dans leur boîte d'origine, avec la notice et marquée au nom de l'enfant*). **Attention** : aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

4. VACCINATIONS

Pièces administratives à fournir : – Photocopie du carnet de santé avec vaccinations DTP mises à jour.

5. MÉDECIN TRAITANT

Nom : Téléphone :

Adresse :

Code postal : Ville :

6. CAS D'URGENCE

Un enfant accidenté ou gravement malade sera dirigé automatiquement vers les services de secours d'urgence. La famille sera alors prévenue.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM Prénom..... Tel.....

NOM Prénom..... Tel.....

NOM Prénom..... Tel

NOM Prénom Tel

7. PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

NOM : Prénom : Tél. :

NOM : Prénom : Tél. :

NOM : Prénom : Tél. :

NOM : Prénom : Tél. :

NOM : Prénom : Tél. :

NOM : Prénom : Tél. :

NOM : Prénom : Tél. :

Se munir d'une pièce d'identité.

8. INSCRIPTIONS TEMPS D'ACTIVITÉS MERIDIENS (TAM)

OUI

NON

9. ATTESTATION D'AISSANCE AQUATIQUE

OUI

NON

Monsieur.....Madame.....

Responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus,

- **Certifie exact les renseignements portés sur la fiche.**
- **Reconnaît avoir pris connaissance du règlement de chaque structure fréquentée par son enfant**

Le/...../..... Signature(s)

: