



SALLE DES JEUNES

Dossier d'inscription

Pièces à fournir une fois par année scolaire :

- Dossier d'inscription
- Fiche sanitaire de liaison
- Photocopie du carnet de vaccinations
- Photo d'identité
- Attestation d'assurance extrascolaire ou responsabilité civile
- Pour les parents divorcés, photocopie du jugement
- Quotient familial de la CAF ou avis d'imposition des deux parents
- Attestation « d'Aisance Aquatique »

Dès réception du dossier complet, vous aurez accès au portail famille de la commune <https://portail-gassin.ciril.net> où vous pourrez procéder aux inscriptions de votre enfant sur les périodes souhaitées.

Pour tout renseignement complémentaire concernant l'inscription à la Salle des Jeunes, veuillez contacter la Direction au 04.94.56.53.48 ou sdj@mairie-gassin.fr



GASSIN

www.mairie-gassin.fr

SALLE DES JEUNES

Formulaire d'inscription

FICHE ADO

PHOTO

Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Classe :

Régime alimentaire particulier dans le cadre d'un PAI : oui non Si oui :

COORDONNEES :

PARENT 1 :

Nom – prénom :

Téléphone:

Courriel :

PARENT 2 :

Nom-prénom:

Téléphone:

Courriel :

Date : _____

Signature du ou des titulaires de l'autorité parentale :

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 des 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 Population.



www.mairie-gassin.fr

FICHE FAMILLE

	PÈRE	MÈRE
NOM		
Prénom		
Adresse		
Code Postal - Ville		
Tél. domicile		
Tél. portable		
Email - @		
Titulaire de l'autorité parentale :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Existe-t-il un jugement concernant la garde de l'enfant :	<input type="checkbox"/> oui (fournir le jugement)	<input type="checkbox"/> non
Si oui, le droit de garde est-il exercé par :	le père	la mère (rayer la mention inutile)

Employeur		
Adresse lieu de travail		
Code Postal - Ville		
Tél. bureau		

Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié / Vie maritale / Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé / Séparé <input type="checkbox"/> En cours de séparation <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf	<input type="checkbox"/> Mariée / Vie maritale / Pacsée <input type="checkbox"/> Divorcée / Séparée <input type="checkbox"/> En cours de séparation <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuve
Si nouveau conjoint, NOM et Prénom		

Cochez le régime allocataire de (des) enfant(s) :

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

N° CAF (donné à la naissance du 1er enfant) : ____ / ____ (7 chiffres + 1 lettre)

J'autorise la commune à accéder à mon quotient familial CAF : oui non

1^{er} enfant :

Nom et Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse de l'enfant :
.....
Classe:

2^{ème} enfant :

Nom et Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse de l'enfant :
.....
Classe:

3^{ème} enfant :

Nom et Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse de l'enfant :
.....
Classe:

4^{ème} enfant :

Nom et Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse de l'enfant :
.....
Classe :

Date : _____

Signature du ou des titulaires de l'autorité parentale :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

www.mairie-gassin.fr

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

Groupe sanguin : _____

2 - 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.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <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 : NON OUI 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 sera pas accueilli dans les structures municipales.*

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : _____

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

Date :

Signature :

OBSERVATIONS



SALLE DES JEUNES

Autorisations parentales

Fiche d'autorisations pour l'enfant :

..... (nom prénom de l'ado) données
par (nom prénom du représentant légal)

AUTORISATIONS DE SORTIE

- J'autorise / je n'autorise pas* mon enfant à rentrer seul de la Salle des Jeunes après l'accueil
- J'autorise / je n'autorise pas* mon enfant à aller à la supérette Vival (en face de la salle) seul ou avec d'autres ados (achat de bonbons, sandwiches, boissons) pendant le temps d'accueil.

**Rayer les mentions inutiles*

Et / ou j'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 : _____

AUTORISATIONS D'UTILISATION D'IMAGES

J'autorise les encadrants de la Salle des Jeunes à diffuser la ou les photographie (s) prise (s) de mon enfant lors des activités auxquelles il participe (*cocher les cases souhaitées*) :

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

Autorisation médicale : En cas d'urgence, les responsables préviendront la famille par téléphone sur les numéros indiqués sur la fiche de renseignements familiaux. Un enfant accidenté ou malade est transporté par les services de secours d'urgence vers le Pôle de santé de Gassin (en premier lieu), à moins que son état permette une certaine attente dans le cas où la famille souhaite le prendre en charge elle-même.

Fait à....., le.....

Signature du représentant légal