



Nom:.....

Prénom:.....

Date de naissance:...../...../.....

PHOTO RÉCENTE
DE L'ENFANT

Dossier d'inscription activités jeunesse

2024 - 2025

3-11 ans

- ☐ Périscolaire
- ☐ Mercredis «j'ai envie de...»
- ☐ Petites vacances
- ☐ Grandes vacances

12-17 ans

- ☐ Local Ados
- ☐ Petites vacances
- ☐ Grandes vacances

Accueil Périscolaire



Moulin's-lès-Metz



ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ

MATERNELLE

☐ Saint-Jean

☐ Paul Verlaine

☐ Autre (préciser)

PRIMAIRE

☐ Centre

☐ Paul Verlaine

☐ Autre (préciser)

COLLEGE

☐ Louis Armand

☐ Albert Camus

☐ Autre (préciser)

LYCÉE

☐

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

☐ Dossier complet = dossier validé

☐ **Dossier incomplet**



Vous avez 7 jours à compter de la date de dépôt du dossier pour compléter les pièces manquantes. Passé ce délai, le dossier sera «bloqué» = plus aucune inscription possible (article 2 du règlement de fonctionnement).

Documents restants à fournir :

- ☐ photo d'identité récente
- ☐ n° allocataire CAF
- ☐ vaccins à jour.....
- ☐ photocopie assurance responsabilité civile.....
- ☐ photocopie assurance individuelle accident corporel
- ☐ copie du jugement de divorce
- ☐ feuilles impôts (facultatif)

Cplt dossier reçu le/...../.....

Cplt dossier reçu le/...../.....

Cplt dossier reçu le/...../.....

Cplt dossier reçu le/...../.....

Cplt dossier reçu le/...../.....

Cplt dossier reçu le/...../.....

Cplt dossier reçu le/...../.....

Date de dépôt du dossier :/...../..... Vérifié par : le :/...../.....

Tout dossier INCOMPLET sera REFUSÉ
Nous vous garantissons la confidentialité
des informations fournies.

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Nom : Prénom : Date de naissance :

Sexe : ☐ F ☐ M

Classe : Nom de l'enseignant :

PARENTS DE L'ENFANT

	Parent 1 ☐ mère ☐ père ☐ tuteur	Parent 2 ☐ mère ☐ père ☐ tuteur
Nom, Prénom		
Adresse complète du domicile (N°, rue, CP, ville)		
Tel domicile/portable		
Courriel		

Composition de la famille : ☐ 1 enfant ☐ 2 enfants ☐ 3 enfants et +

Situation familiale : ☐ marié ☐ pacsé ☐ vie maritale ☐ célibataire
☐ divorcé * ☐ séparé ** ☐ veuf ☐ remarié

Famille : ☐ en couple ☐ monoparentale ☐ d'accueil

* En cas de divorce : fournir une copie du jugement : la première page ainsi que le paragraphe indiquant les modalités de garde et le paragraphe lié à la facturation des frais de loisirs ou de gardes.

** En cas de séparation (sans jugement de divorce) : fournir une attestation sur l'honneur signée des deux parents indiquant les modalités de garde et les informations liées à la facturation des frais de loisirs ou de gardes.

En cas de divorce ou de séparation :

Chaque parent doit remplir un dossier et faire les inscriptions pour ses temps de garde (chaque parent se verra attribué un identifiant pour le logiciel).

N° Allocataire C.A.F. :

C.A.F. d'appartenance : ☐ CAF DE LA MOSELLE ☐ Autre C.A.F.

Régime social : ☐ Général ☐ Local ☐ Autre :

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Parent 1 Omère Opère Otuteur	Parent 2 Omère Opère Otuteur
Profession		
Nom et adresse de l'employeur (N°, rue, CP, ville)		
Tel travail/poste		

☐ Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance extrascolaire en responsabilité civile et individuelle accident. **Je fournis une copie de ou des attestations nécessaires.**

MUTUELLE (COMPLÉMENTAIRE SANTÉ) :

NOM de la compagnie :N° de téléphone :

Adresse :N° de contrat :



ATTENTION

Pendant les activités, j'autorise le personnel de la mairie à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives et j'autorise la mairie à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...).

OUI ☐ NON ☐

Pour les ados uniquement : J'autorise mon enfant à quitter les animations ados avant l'heure de fin.

OUI ☐ NON ☐

Personnes majeures pouvant venir chercher l'enfant en lieu et place des parents :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N° téléphone	Adresse

Personne à joindre en priorité en cas d'urgence
(Nom + Téléphone) :

.....
.....

FICHE DE SUIVI SANITAIRE



☐ ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

☐ Garçon

☐ Fille

Classe :

N° sécurité sociale :

☐ COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

.....

☐ VACCINATIONS (Joindre copies du carnet de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)				Méningocoque C	
Coqueluche*				Pneumocoque	
Haemophilus influenzae b*				Rubéole-Oreillon-Rougeole	
Hépatite B*				Autre (préciser)	

* pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

☐ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Taille de l'enfant : cm Poids : kg

L'enfant suit-il un traitement médical ?

oui ☐ non ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

L'enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ?

oui ☐ non ☐

Si oui, fournir une copie du P.A.I. L'inscription sera validée après signature du P.A.I. par la Responsable du Service DJCSAS et le Maire de Moulins-Lès-Metz.

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

RUBEOLE oui ☐ non ☐	VARICELLE oui ☐ non ☐	ANGINE oui ☐ non ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU oui ☐ non ☐	SCARLATINE oui ☐ non ☐
	COQUELUCHE oui ☐ non ☐	OTITE oui ☐ non ☐	ROUGEOLE oui ☐ non ☐	OREILLONS oui ☐ non ☐



INDIQUEZ CI-APRES :

.....

.....

.....

Repas spéciaux : ☐ sans porc ☐ sans viande ☐ sans poisson

.....

Nom et prénom du responsable de l'enfant :



Je m'engage par ailleurs à signaler toutes modifications de l'état de santé de mon enfant en cours d'année.

Fait à, le

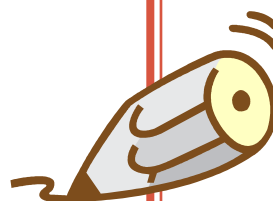
Signatures des parents :

Parent 1 (nom, prénom) Parent 2 (nom, prénom)

- ☐ déclarent avoir reçu, pris acte et accepté le règlement de fonctionnement des différentes Activités Jeunesse.
- ☐ Données personnelles : en cochant cette case vous acceptez que les informations saisies dans ce dossier soient utilisées pour permettre de vous contacter (programme d'activités, informations diverses, problème de comportement de l'enfant ou du jeune). Ces données resteront confidentielles et pour usage uniquement interne au service.

à, le...../...../.....

Signatures des parents :



Informations complémentaires que vous souhaitez signaler :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

