

**DOSSIER DE RE-ACTUALISATION JEUNESSE
POUR LES ACTIVITES PERI ET EXTRASCOLAIRES**

**A COMPLETER ET A DEPOSER, ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES JUSTIFICATIVES,
DANS LA BOÎTE AUX LETTRES DE LA MAIRIE ANNEXE
A PARTIR DU 20 MARS ET JUSQU'AU 7 AVRIL 2026 à 17H00 (VOIR NOTICE EXPLICATIVE)**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
JEUNE CONCERNE

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse : Appt. :
Bâtiment :

CP : Ville : Téléphone portable :

Courriel :

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AAEH (Allocation Education Enfant Handicapé) ? ☐ Oui(*) ☐ Non

Votre enfant est-il bénéficiaire d'une aide humaine individuelle ou mutualisée ? ☐ Oui(*) ☐ Non

Souhaitez-vous mettre en place ou renouveler un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? ☐ Oui ☐ Non

CLASSE A LA RENTREE 2026 :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

REPRESENTANT LEGAL 1	REPRESENTANT LEGAL 2
Qualité (père, mère, ...) :	Qualité (père, mère, ...) :
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse	Adresse
Appt. Bât.	Appt. Bât.
CP. Ville	CP. Ville
Courriel	Courriel
Tél. dom.	Tél. dom.
Tél. port.	Tél. port.
Tél. prof.	Tél. prof.
Tél. empl.	Tél. empl.
Situation familiale : ☐ Marié(e) ☐ Couple ☐ Célibataire ☐ Séparé(e) ☐ Veuf (ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Pacsé(e)	
Garde légale de l'enfant : ☐ Père ☐ Mère ☐ Garde alternée ☐ Autres :	

AUTORITE PARENTALE**Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?**

- ☐ **Oui** (en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant)
- ☐ **Non** (joindre **obligatoirement** la copie du justificatif correspondant: dernière décision de justice, livret de famille, etc...)

Nom et adresse de **toute autre personne titulaire de l'autorité parentale** :

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise :

1- Les personnes suivantes (**sur présentation d'une pièce d'identité**) à venir chercher le jeune

Prénom/nom		Tél.	
Prénom/nom		Tél.	
Prénom/nom		Tél.	
Prénom/nom		Tél.	

2- Le jeune à quitter seul la structure aux horaires autorisés

Mercredi après-midi	☐ Oui	☐ Non	Heure de départ	
Vacances - ALSH	☐ Oui	☐ Non	Heure de départ	
Autres activités				
Ateliers	☐ Oui	☐ Non		
Chantiers	☐ Oui	☐ Non		

AUTORISATION D'UTILISER LES ADRESSES ELECTRONIQUES

☐ Oui ☐ Non

Nous autorisons l'utilisation de nos courriels pour l'envoi d'informations relatives aux activités enfance jeunesse organisées par les services de la ville (autres que péri et extra-scolaires).

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIER/FILMER, CAPTER LA VOIX, DIFFUSER ET PUBLIER ☐ Oui ☐ Non

Nous autorisons la Mairie, LE&C Grand Sud et toute personne physique ou morale qu'ils mandateraient à photographeur/filmer mon enfant, reproduire son image, capter sa voix, les diffuser et/ou les publier selon les conditions définies dans le Document Unique d'Inscription signé précédemment.

AUTORISATION CAF

☐ Oui ☐ Non

Nous autorisons la ville de Tournefeuille à recueillir les informations nous concernant auprès d'organismes (CAF, API Particulier, ...), afin de vérifier notre éligibilité aux tarifications différenciées établies par la ville et ainsi de simplifier nos démarches (ex : mise à jour du quotient familial).

REGIME DE SECURITE SOCIALE

Nombre d'enfants à charge :

☐ Régime général (allocataire CAF)

☐ Régime spécial (MSA ou autre)

☐ Sans régime

N° allocataire CAF :

FACTURATION - PAIEMENT

Prénom et nom du payeur :

Souhaitez-vous le prélèvement automatique ? ☐ Déjà mis en place ☐ Oui^(*) ☐ NonDans le cadre d'une garde alternée, souhaitez-vous une facturation séparée ? ☐ Oui^(**) ☐ Non**FACTURE**

La facture 100% électronique est envoyée par courriel en début de chaque mois, lors de sa génération. Elle est également disponible sur le portail Familles, téléchargeable et imprimable 24h/24, 7j/7.

Nous soussignés :

- Représentant légal 1 (prénom, nom) :

- Représentant légal 2 (prénom, nom) :

- Si les parents n'exercent pas l'autorité parentale, nom et prénom du tuteur ou du représentant légal :

Agissant en qualité de représentant(e) légal(e) (ou de représentants légaux, si les deux parents exercent ensemble l'autorité parentale) de :

- Prénom et nom du jeune :

Attestons sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés dans ce dossier de réactualisation.**Nous reconnaissons avoir lu et pris connaissance du règlement intérieur**☐

Règlement intérieur disponible sur le site de la ville à l'adresse

<https://www.mairie-tournefeuille.fr/mes-demarches/activites-scolaires-et-periscolaires/inscriptions-extra-periscolaires/>

Certifions avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves. Conformément aux articles 38 et suivants de la loi modifiée n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au Règlement Européen sur la Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie de Tournefeuille.

Fait à

Le

Signature

Responsable légal 1

Signature

Responsable légal 2

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (A COMPLETER EN CAS DE CHANGEMENTS DEPUIS LE DUI)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ☐ Garçon ☐ Fille

Vaccinations: (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires

Diphtérie	☐ Oui	☐ Non	Dates derniers rappels :	
Tétanos	☐ Oui	☐ Non	Dates derniers rappels :	
Polio	☐ Oui	☐ Non	Dates derniers rappels :	

Vaccins recommandés

Hépatite B	☐ Oui	☐ Non	Dates derniers rappels :	
Coqueluche	☐ Oui	☐ Non	Dates derniers rappels :	
Rougeole Oreillons Rubéole	☐ Oui	☐ Non	Dates derniers rappels :	
Autres (précisez)				
	☐ Oui	☐ Non	Dates derniers rappels :	
	☐ Oui	☐ Non	Dates derniers rappels :	

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Attention ! En l'absence d'un protocole ou d'une ordonnance concernant des problèmes médicaux tels que allergie alimentaire, traitement de longue durée, asthme..., la responsabilité de l'Accueil de Loisirs ne saurait être engagée.

En cas de problèmes de santé rencontrés par le jeune, sa participation aux activités de la structure pourra être subordonnée à l'établissement d'un Protocole de Soins d'Urgence pour l'Accueil en Collectivité (PSUAC) ou d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI).

L'administration d'un traitement médicamenteux est conditionnée à une ordonnance médicale justifiant du dit traitement et de ses modalités.

PROBLEMES DE SANTE

☐ Asthme ☐ Allergies, précisez :

☐ Autres, précisez :

Recommandations particulières (ex.: port de lunettes, antécédents médicaux, ...)

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant du jeune :

Je soussigné(e) agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires pour l'état de santé du jeune.

Signature

Responsable légal 1

Signature

Responsable légal 2