

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

**A COMPLETER ET A ACCOMPAGNER DES PIECES JUSTIFICATIVES,  
 A ADRESSER PAR COURRIEL OU A DEPOSER AU GUICHET FAMILLES  
 A PARTIR DU 8 MARS ET JUSQU'AU 21 MARS 2021 (VOIR NOTICE EXPLICATIVE)**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Accueils périscolaires (Mercredi après-midi) ALSH - Vacances scolaires  
 Chantiers jeunes Autres activités (ateliers, Soirs & Week-End)

**JEUNE CONCERNE**

Garçon      Fille

Nom : Prénom :  
 Date de naissance : Ville de naissance :  
 Adresse : Appt. :  
Bâtiment :  
 CP : Ville : Téléphone portable :  
 Courriel :

**CLASSE A LA RENTREE 2021 :**
**ETABLISSEMENT SCOLAIRE :**
**REPRESENTANT LEGAL 1**
**REPRESENTANT LEGAL 2**

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Qualité (père, mère, ...) : | Qualité (père, mère, ...) : |
| Nom                         | Nom                         |
| Prénom                      | Prénom                      |
| 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<sup>(\*)</sup>

Autres :

<sup>(\*)</sup> Joindre obligatoirement un calendrier de garde alternée signé par les deux parents.

**LES FRERES ET SOEURS :**

|       |          |            |
|-------|----------|------------|
| Nom : | Prénom : | Né(e) le : |
| Nom : | Prénom : | Né(e) le : |
| Nom : | Prénom : | Né(e) le : |
| Nom : | Prénom : | Né(e) le : |

**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 |                 |

**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 PHOTOGRAPHER/FILMER ET DE PUBLIER**

Oui

Non

Nous autorisons la Mairie et l'Etablissement Régional Léo Lagrange Sud-Ouest et toute personne physique ou morale qu'elle mandaterait à photographier/filmer mon enfant, reproduire son image, diffuser et/ou publier cette image selon les conditions définies dans le Document Unique d'Iscription signé précédemment.

**AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES (situation familiale, facturation, ....)****Prénom et nom du payeur :**Souhaitez-vous le **prélèvement automatique** ?                      Déjà mis en place                      Oui<sup>(\*)</sup>                      Non<sup>(\*)</sup> N'oubliez pas de compléter le mandat de prélèvement SEPA et de joindre un RIB.**FORMAT DE LA 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.

Si vous ne souhaitez pas recevoir la facture 100% électronique, cochez la case

**Régime de sécurité sociale**                      Allocataire CAF                      Régime spécial (MSA ou autre)                      Sans régime

Nombre d'enfants à charge

N° allocataire CAF :

**AUTORISATION CAF**

**Nous autorisons** la ville de Tournefeuille à recueillir les informations nous concernant auprès de la CAF, dont nos ressources, 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).

Oui                      Non

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.

**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

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon

Fille

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé) ?

Oui

Non

A-t-il une notification MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ?

Oui

Non

**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 l'enfant, 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.

Problème de santé

Asthme Allergies, précisez :

Autres, précisez :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un protocole d'accueil :

Oui<sup>(\*)</sup>

Non

**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**