

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

**A COMPLETER ET A DEPOSER, ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES JUSTIFICATIVES,  
 DANS LA BOITE AUX LETTRES DE LA MAIRIE ANNEXE  
 A PARTIR DU 25 MARS ET JUSQU'AU 7 AVRIL 2024 (VOIR NOTICE EXPLICATIVE)**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Accueils périscolaires (Mercredi après-midi)

ALSH - Vacances scolaires

Chantiers jeunes

Autres activités (ateliers, Soirs &amp; Week-end)

**JEUNE CONCERNE**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Appt. :

Bâtiment :

CP. :

Ville :

Téléphone portable :

Courriel :

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

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

Non

Votre enfant est-il bénéficiaire d'une aide humaine individuelle ou mutualisée ?

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

Non

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

Oui

Non

**CLASSE A LA RENTREE 2024 :**
**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 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 PHOTOGRAPHER/FILMER, CAPTER LA VOIX, DIFFUSER ET PUBLIER**

Oui

Non

Nous autorisons la Mairie et LE&amp;C GrandSud et toute personne physique ou morale qu'elle mandaterait 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 <sup>(*)</sup>	Non
Dans le cadre d'une garde alternée, souhaitez-vous une facturation séparée ?		Oui <sup>(**)</sup>	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**

<sup>(\*)</sup> Joindre le mandat de prélèvement SEPA complété et un RIB

<sup>(\*\*)</sup> Fournir obligatoirement un calendrier de garde alternée

**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.

Problème de santé

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**