

DOSSIER D'INSCRIPTION
ACCUEIL D'ENFANTS DU PERSONNEL PRIORITAIRE
3 à 14 ANS
7 AVRIL ET DU 12 AU 23 AVRIL 2021

Date du dépôt de dossier : / /

Suite aux annonces gouvernementales du 31 mars 2021, un accueil d'enfants du personnel prioritaire est mis en place pour les enfants âgés de 3 à 14 ans dont les 2 parents travaillent, sur le groupe scolaire des Gonagues, de 8h00 à 18h00, à votre convenance.

Jours d'accueils :

- Mercredi 7 avril 2021,
- Du lundi 12 au vendredi 23 avril 2021.

Les enfants devront porter un pique-nique et un goûter.

Dossier à retourner dûment rempli et muni des pièces à fournir

Par mail à l'adresse suivante : centreaere@allauch.com

Jours souhaités :

Mercredi 7 avril

Lundi 12 avril

Lundi 19 avril

Mardi 13 avril

Mardi 20 avril

Mercredi 14 Avril

Mercredi 21 Avril

Jeudi 15 Avril

Jeudi 22 Avril

Vendredi 16 Avril

Vendredi 23 Avril

PIÈCES À FOURNIR

1. Le présent dossier dûment rempli et signé
2. Une attestation employeur pour chaque parent mentionnant leur obligation d'aller travailler en présentiel. (Le Télétravail n'est pas pris en compte)
3. Justificatif de domicile de moins de 3 mois

Pour plus de renseignements, merci de contacter le Service Animation-centre aéré au 04.86.67.46.64



DOSSIER D'INSCRIPTION
ACCUEIL D'ENFANTS DU PERSONNEL PRIORITAIRE
3 à 14 ANS
7 AVRIL ET DU 12 AU 23 AVRIL 2021

MAIRIE D'ALLAUCH
Animation - centre aéré
Complexe sportif Pié
d'Autry
13190 ALLAUCH
Tel : 04 86 67 46 64

Nous vous rappelons que tous renseignements faux sont passibles de poursuites

Enfant à inscrire :

Nom : Prénom :

Date de Naissance : / /

Parent 1 :

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de Naissance : / /

Situation matrimoniale :

☎ Domicile :

📞 Portable :

@mail :

Adresse :

.....

Profession :

☎ Professionnel :

Parent 2 :

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de Naissance : / /

Situation matrimoniale :

☎ Domicile :

📞 Portable :

@mail :

Adresse :

.....

Profession :

☎ Professionnel :



DOSSIER D'INSCRIPTION
ACCUEIL D'ENFANTS DU PERSONNEL PRIORITAIRE
3 à 14 ANS
7 AVRIL ET DU 12 AU 23 AVRIL 2021

AUTORISATION : PERSONNES POUVANT RECUPERER L'ENFANT

Je certifie autoriser les personnes suivantes, y compris les frères et sœurs mineurs, à venir chercher mon enfant en mon absence :

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE
.....
.....
.....
.....

AUTORISATIONS :

- J'autorise l'enfant à pratiquer toutes activités sportives : OUI NON
- J'atteste que l'enfant n'a pas d'antécédents médicaux pouvant nuire à la pratique sportive : OUI NON
- J'autorise le personnel encadrant de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant : OUI NON
- J'autorise le service communication de la Ville d'Allauch à diffuser la (les)photographie(s)/la (les) vidéo(s) sur la(les)quelle(s) pourrai(ent) figurer mon enfant : OUI NON

DECLARATIONS :

Je soussigné(e) Parent 1 Parent 2 Tuteur légal

Responsable légal(e) de l'enfant Nom : Prénom :

- Certifie l'exactitude de tous les renseignements énoncés dans ce document.

Fait à : le/...../..... Signature :



**DOSSIER D'INSCRIPTION
ACCUEIL D'ENFANTS DU PERSONNEL
PRIORITAIRE
3 à 14 ANS**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nous vous rappelons que tous renseignements faux sont passibles de poursuites

1- VACCINATIONS :

Je soussigné(e) Mme, Mr :..... certifie que l'enfant
est à jour de toutes les **vaccinations obligatoires**

2- ALLERGIES : *Merci de remplir l'ATTESTATION ALLERGIES/PAI fournit en annexe*

- **ALLERGIES ALIMENTAIRES :** Oui Non Si oui avec Protocole* (PAI) ? Oui Non

Quels aliments :.....

LE PROTOCOLE (Projet d'Accueil Individualisé) est un document à retirer auprès du responsable du centre ou à récupérer dans une structure s'il y a lieu (école). Il est rempli par le médecin traitant ou l'allergologue et permet d'avoir le traitement d'urgence sur la structure. Si vous avez coché la case « non », nous vous remercions de fournir un certificat médical stipulant clairement que l'allergie de l'enfant ne nécessite pas l'établissement d'un protocole.

- **ALLERGIE MEDICAMENTEUSE :** Oui Non Si oui avec Protocole* (PAI) ? Oui Non

Quels médicaments :.....

(À préciser à titre indicatif puisque aucun médicament n'est délivré sans l'établissement d'un protocole)

- **AUTRES ALLERGIES :** Oui Non

Précisez :..... Protocole* (PAI) Oui Non

3- AUTRES :

- **ASTHME :** Oui Non Si oui avec Protocole* (PAI) ? Oui Non

- **MALADIES CHRONIQUES :** Oui Non Si oui avec Protocole* (PAI) ? Oui Non

Précisez :.....
.....
.....
.....