

Cochez l'activité concernée :

- ☐ **ALP** (Accueil périscolaire Matin et Soir)
☐ **ALSH** (Accueil de Loisirs mercredis et vacances scolaires)
☐ **Etudes Surveillées**

- ☐ **Restauration scolaire uniquement**

Documents à fournir :

Copie des vaccins

Photo

Assurance Responsabilité Civile Périscolaire 2026/2027

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

PAI* : OUI NON

AEEH* : OUI NON

AESH* : OUI NON

École Fréquentée : Classe :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom du Responsable légal 1 : N°Tél :

Nom du Responsable légal 2 : N° Tél :

Adresse habituelle de l'enfant :

En cas d'urgence, Nom et N° de téléphone d'une autre personne autre que les parents et lien avec l'enfant :

Nom et N° de téléphone des personnes autorisées* à récupérer l'enfant et lien avec l'enfant :

1/

2/

3/

Inscription au petit déjeuner en ALSH à l'année : OUI ☐ NON ☐

L'enfant est à jour de ses vaccins ☐

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Spécificité(s) particulière(s) liée(s) à la santé de l'enfant :

Précautions à prendre :

L'enfant a-t-il des allergies ?

Alimentaires	OUI ☐	NON ☐
Médicamenteuses	OUI ☐	NON ☐
Autres	OUI ☐	NON ☐ préciser

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Le Médecin traitant : **Tél :**

* AESH: Accompagnant d'élève en Situation de Handicap

* AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

* PAI : Projet d'Accueil Individualisé

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom

Je certifie exact tous les renseignements portés sur ce document et autorise le responsable de la structure accueillante à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. L'inscription d'un enfant aux activités vaut acceptation des dispositions de l'arrêté portant règlement intérieur des ALP, ALSH et Etudes Surveillées.

Fait à le

Signature obligatoire (suivie de la mention « lu et approuvé »)

☐ **Garde alternée**

Responsable légal 1 :

Nom : Prénom

Je certifie exact tous les renseignements portés sur ce document et autorise le responsable de la structure accueillante à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. L'inscription d'un enfant aux activités vaut acceptation des dispositions de l'arrêté portant règlement intérieur des ALP, ALSH et Etudes Surveillées.

Fait à le

Signature obligatoire (suivie de la mention « lu et approuvé »)

Responsable légal 2 :

Nom : Prénom

Je certifie exact tous les renseignements portés sur ce document et autorise le responsable de la structure accueillante à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. L'inscription d'un enfant aux activités vaut acceptation des dispositions de l'arrêté portant règlement intérieur des ALP, ALSH et Etudes Surveillées.

Fait à le

Signature obligatoire (suivie de la mention « lu et approuvé »)

"Les informations recueillies sur ce formulaire sont nécessaires au traitement de votre dossier du personnel par la Mairie de Bollène. Elles sont susceptibles d'être transmises aux différents services habilités de la collectivité et aux organismes dûment agréés et habilités. Elles sont conservées le temps de la gestion, du traitement et du suivi de votre dossier. Conformément à la loi « informatique et libertés de 1978 modifiée et au règlement Européen (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant en contactant la CNIL : www.cnil.fr"