

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Numéro de sécurité sociale :

Vaccination (date du dernier rappel) :

BCG :

Diphtérie Tétanos :

Hépatite B :

Méningite :

Coqueluche :

ROR :

Maladies, l'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? :

- | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Rougeole |
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Yoyos | |

Allergies :

Allergies alimentaires :

Allergies médicamenteuses :

Handicap :

Verres correcteurs :

Autres informations :

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER, FILMER ET PUBLIER DES IMAGES DE PERSONNES MINEURES

- J'autorise, à titre gratuit la communauté de communes Rhône Lez Provence, 1260, av. Théodore Aubanel, CS 20099 - 84500 BOLLÈNE à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies et vidéos prises de mon enfant.

Les photographies et vidéos pourront être exploitées et utilisées directement par la communauté de communes Rhône Lez Provence, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, dans le monde entier, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : Les magazines, les sites internet, les outils digitaux, les réseaux sociaux, les vidéos, les projections publiques, la communication de la communauté de communes Rhône Lez Provence interne & externe.

La communauté de communes Rhône Lez Provence s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Je me reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que mon enfant n'est pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

ENGAGEMENTS DU REPRÉSENTANT LÉGAL

- J'autorise mon enfant à participer au Contrat Local d'Accompagnement Scolaire (C.L.A.S.).
- Je certifie l'exactitude des renseignements figurant dans ce document.
- Je m'engage à signaler aux animateurs CLAS dans les plus brefs délais tout changement modifiant les informations mentionnées sur la fiche.
- Je me conforme aux termes du règlement intérieur du service, que j'ai lu et signé, et qui reste disponible auprès du service proximité et service à la population de Rhône Lez Provence, ou consultable sur le site www.ccrp.fr

- J'autorise, en cas d'urgence, les animateurs CLAS ou leurs représentants, à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à :

Date :

Signature du responsable légal 1 :

Signature du responsable légal 2 :

Fiche d'inscription à retourner
au Directeur de l'Espace Jeune de votre choix.

Tout dossier incomplet sera rendu à la famille
et l'inscription ne sera pas prise en compte.

Res'in
Les réseaux de l'interco
RÉSEAU DES ESPACES JEUNES



FICHE D'INSCRIPTION ACCOMPAGNEMENT SCOLAIRE 2021/2022

Nom

Numéro Allocataire

1^{er} trimestre
2^e trimestre
3^e trimestre

Lundi
Mardi
Jeudi
Vendredi

Espace Jeunes Lapalud
espacejeune-lapalud@ccrlp.fr
04 90 66 40 09 // 07 72 43 42 93

Espace Jeunes Mondragon
espacejeune-mondragon@ccrlp.fr
04 90 40 49 12 // 07 72 43 42 79



COMMUNE DE
LAMOTTE-DU-RHÔNE



COMMUNE DE
LAPALUD



COMMUNE DE
MONDRAGON

www.ccrp.fr



PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

Le dossier doit être retourné **REPLI** et **COMPLET** :

- Copie du livret de famille
- Copie des vaccins à jour de l'enfant
- Copie de l'assurance responsabilité civile des parents ou extra-scolaire

- ALLERGIE : PAI ou contrôle d'allergie si nécessaire

- Règlement intérieur signé des parents et de l'enfant

- La convention d'objectif CLAS

REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)

***information obligatoire conforme au livret de famille.**

Lien entre les responsables légaux :

- Mariés Divorcés Séparés Pacsés Vie maritale Célibataire Veuf(ve)

RESPONSABLE LÉGAL(E) 1	RESPONSABLE LÉGAL(E) 2
<input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE
Nom* :	Nom* :
Prénom* :	Prénom* :
Adresse* :	Adresse* :
.....
Code postal* : Ville* :	Code postal* : Ville* :
Tél. fixe* :	Tél. fixe* :
Tél. portable* :	Tél. portable* :
E-mail :	E-mail :
Profession* :	Profession* :
Employeur :	Employeur :
Tél. travail :	Tél. travail :
N° allocataire C.A.F. :	N° allocataire C.A.F. :
N° allocataire M.S.A. :	N° allocataire M.S.A. :
N° assurance responsabilité civile. :	N° assurance responsabilité civile. :
Organisme. :	Organisme. :
<input type="checkbox"/> Je souhaite recevoir la newsletter de Rhône Lez Provence (infos pratiques, actualités, bons plans, évènements...)	<input type="checkbox"/> Je souhaite recevoir la newsletter de Rhône Lez Provence (infos pratiques, actualités, bons plans, évènements...)

AUTORISATIONS OBLIGATOIRES

Autorisation de départ :

Je soussigné.e, Mme, M.

- Autorise mon enfant à quitter l'activité à la fin du C.L.A.S. et décharge la communauté de communes Rhône Lez Provence et l'équipe encadrant l'activité de toutes responsabilités en cas d'incident survenant hors des heures de prise en charge.
- N'autorise pas mon enfant à quitter l'activité à la fin de son cours.

Si refus de l'autorisation, personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

1 - Mme / M. Tél. :

2 - Mme / M. Tél. :

3 - Mme / M. Tél. :

Toutes les personnes qui ne sont pas mentionnées sur cette fiche ne seront pas autorisées à récupérer votre enfant, sauf avec une attestation signée des parents.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Identité

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : FÉMININ MASCULIN

Département de naissance : Commune de naissance :

Pays de naissance (si hors de France) :

Collège

Nom du collège :

Commune : Bollène AUTRE :

Classe : Nom du professeur principal :

Contact

Portable : E-mail :

L'inscription à l'accompagnement scolaire est une initiative de :

- L'enfant Des parents Des enseignants Des travailleurs sociaux

PRÉSENCE AU C.L.A.S

Je soussigné.e, Mme, M.

Responsable de l'enfant
demande son inscription à l'accompagnement à la scolarité,

sur l'espace jeunes de :

LAPALUD

17h15-18h45

MONDRAGON

16h45-18h15

les jours suivants :

Lundi (Uniquement à Mondragon)

Mardi

Jeudi

Vendredi