VILLE DE PARIS

TOU·TE·S AU COLLÈGE ! c'est les vacances !

VACANCES D'AUTOMNE
FICHE D'INSCRIPTION

Je soussigné(e) Monsieur / Madame : .....

Responsable légal de l'enfant : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Collège : .....

Classe : .....

autorise mon enfant à participer aux parcours gratuits de la (ou les) semaine(s) suivante(s) (cochez la ou les case.s correspondante.s, inscription possible toutes les semaines:

◯ Semaine du 23 au 27 octobre

CHOIX DU PARCOURS (par ordre de priorité)					
◯ Parcours 1	◯ Parcours 2	◯ Parcours 3	◯ Parcours 4	◯ Parcours 5	◯ Parcours 6

L'inscription et la participation à un des parcours proposés tout au long de la semaine (matin et après-midi), incluant le temps «objectif réussite» (aide aux devoirs - accompagnement à la scolarité) sont obligatoires.

☐ Votre enfant est-il titulaire d'une carte imagine R

☐ Autorise mon enfant à sortir seul le midi pour s'acheter un repas

☐ Autorise mon enfant à rentrer seul au domicile

☐ N'autorise pas mon enfant à rentrer seul le midi et le soir. Il sera repris par ..... (précisez le nom)

☐ Votre enfant sait-il nager **oui** ◯ **non** ◯ l'autorisez-vous à participer aux activités baignade **oui** ◯ **non** ◯

HORAIRES
Accueil matin : 9H00/9H30
Ateliers : 9H45/12H30
Pause méridienne : 12H30/13H45
Accueil après-midi : 13H30/13H45
Ateliers : 14H00/17H30
Sortie : 17H30/18H00

Les repas ne sont pas fournis. Votre enfant peut, en fonction du parcours choisi, soit **(cocher la case de votre choix) :**

◯ **Rentrer au domicile pour les repas (goûter à prévoir)**

◯ **Amener un pique-nique/goûter pour le consommer au collège**

Signature du collégien : **Signature du représentant légal :**

VILLE DE
PARIS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SANITAIRES

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Enfant (obligatoire)

NOM

(tel que figurant sur l'acte de naissance)

PRÉNOM

COLLÈGE DE SECTORISATION

DATE DE NAISSANCE Lieu de naissance

GARÇON ◯ FILLE ◯

Représentant légal de l'enfant (obligatoire)

Vous êtes parent 1 ◯ parent 2 ◯ le tuteur ◯

Nom de famille

Prénom

Adresse

Code postal Ville

Téléphone domicile Téléphone professionnel

Téléphone mobile

E-mail @

Assurance péri et extrascolaire

En vertu des articles L227- 4 et 5 du Code de l'Action Sociale et des Familles, il est fortement recommandé aux familles de souscrire un contrat d'assurances de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles ils participent.

oui ◯ Nom de la compagnie N° de contrat

Date de souscription : / / (JJ/MM/AA)

non ◯

Santé de l'enfant (obligatoire)

Situation de handicap :

Existe-t-il un Projet Personnalisé de Scolarisation (P.P.S.) ?

Le projet personnalisé de scolarisation (P.P.S.) est un acte écrit qui sert à définir les besoins particuliers d'un enfant en situation de handicap au cours de sa scolarité.

oui ◯ joindre une copie **non** ◯

Pathologies chroniques (allergies, diabète, asthme...) :

Existe-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ?

Le projet d'accueil individualisé (P.A.I.) concerne les enfants et adolescents atteints de troubles de la santé tels que : pathologie chronique (asthme, par exemple), allergies,intolérance alimentaire.
Le PAI est un document écrit qui permet de préciser les adaptations à apporter à la vie de l'enfant ou de l'adolescent en collectivité (crèche, école, collège, lycée, centre de loisirs).

oui ◯ joindre une copie du P.A.I. pour que le traitement soit pris en compte par l'équipe
non ◯

Pathologies non chroniques (traitement ponctuel) :

oui ◯ joindre l'ordonnance correspondante ET l'autorisation d'administrer, ainsi que les médicaments et notice(s) d'utilisation dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant.
non ◯

Vaccinations obligatoires

			DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie	OUI	NON	
Tétanos	OUI	NON	
Poliomyélite	OUI	NON	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION AU(X) VACCIN(S) CONCERNÉ(S).
ATTENTION : LE VACCIN CONTRE LE TÉTANOS NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Difficultés de santé et précautions à prendre

Avez-vous des recommandations particulières à nous signaler au sujet de votre enfant ?

.....

.....

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Droits à l'image

Tout le temps qu'il fréquentera les activités périscolaires et/ou extrascolaires, votre enfant est susceptible d'être photographié ou filmé par la Ville de Paris ou ses partenaires. Ces images pourront illustrer les communications municipales, que ce soit sur supports papiers (ex. magazine À PARIS) ou électroniques (ex. site Internet de la Ville de Paris). Les images pourront être conservées dans les archives de la Ville de Paris et transmises à ses partenaires (ex. : presse, associations, organismes publics), les images ainsi transmises n'étant pas vendues. La présente autorisation est accordée pour le monde entier (en raison du vecteur Internet), pour une période d'un an renouvelable par tacite reconduction à compter de la captation de l'image - sauf révocation à adresser par lettre recommandée avec AR (accusé de réception) à la Ville de Paris - Direction des Affaires Scolaires - Mission Information et Communication - 3 rue de l'arsenal - 75004 Paris.

J'accepte ◯ **Je n'accepte pas** ◯

Signature du (des) représentant(s) légal (aux) de l'enfant

Parent 1 ◯ **Parent 2** ◯ **Tuteur** ◯