



Les parents

Nom et prénom de la mère ou du représentant légal :

Date de naissance : _____

Adresse de la mère : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Numéro de téléphone où l'on peut vous joindre durant la journée : _____

Autres numéros de téléphone : _____

Courriel : _____ @ _____

Nom et prénom du père ou du représentant légal :

Date de naissance : _____

Adresse du père (si différente de celle de la mère) : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Numéro de téléphone où l'on peut vous joindre durant la journée : _____

Autres numéros de téléphone : _____

Courriel : _____ @ _____

€

Nombre d'enfants à charge : _____ Quotient CAF : _____ (joindre justificatif)

N° d'allocataire CAF : _____

1^{er} enfant

Nom : _____ **Prénom :** _____ Sexe : F - M

Date et lieu de naissance : _____

École fréquentée à Nice : _____

Adresse où réside l'enfant si différente des parents : _____

_____ Code postal : _____ Commune : _____

Adresse permanente Adresse temporaire

En cas d'adresse temporaire, préciser

Autorisation de quitter seul le centre de loisirs : OUI NON

2^e enfant

Nom : _____ **Prénom :** _____ Sexe : F - M

Date et lieu de naissance : _____

École fréquentée à Nice : _____

Adresse où réside l'enfant si différente des parents : _____

_____ Code postal : _____ Commune : _____

Adresse permanente Adresse temporaire

En cas d'adresse temporaire, préciser

Autorisation de quitter seul le centre de loisirs : OUI NON

Date _____

Signature du représentant légal

La fiche

3^e enfant

Nom : _____ **Prénom :** _____ Sexe : F - M

Date et lieu de naissance : _____

École fréquentée à Nice : _____

Adresse où réside l'enfant si différente des parents : _____

_____ Code postal : _____ Commune : _____

Adresse permanente Adresse temporaire

En cas d'adresse temporaire, préciser

Autorisation de quitter seul le centre de loisirs : OUI NON

4^e enfant

Nom : _____ **Prénom :** _____ Sexe : F - M

Date et lieu de naissance : _____

École fréquentée à Nice : _____

Adresse où réside l'enfant si différente des parents : _____

_____ Code postal : _____ Commune : _____

Adresse permanente Adresse temporaire

En cas d'adresse temporaire, préciser

Autorisation de quitter seul le centre de loisirs : OUI NON

L'organisateur peut être amené à prendre des photographies et/ou des vidéos de vos enfants pendant les activités à des fins de communication et de promotion. Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photo ou filmé, il vous appartient d'envoyer une lettre indiquant votre refus. Celle-ci devra être adressée au service centralisateur.

Date _____

Signature du représentant légal

Retourner cette fiche accompagnée des pièces suivantes :

1. La fiche sanitaire de liaison jointe complétée recto-verso.
2. Votre notification du **quotient familial** de la Caisse d'Allocation Familiales des Alpes-Maritimes, si vous n'êtes pas allocataire de la CAF, fournir **le dernier avis d'imposition** de tous les membres actifs du foyer ou bien **un courrier par lequel vous acceptez de payer le tarif plafond**, 11 € par jour pour les centres de loisirs et 38,10 € pour les mini-séjours. Conditions limitatives aux résidents niçois.
3. **Deux photos d'identité** (en couleur) de votre enfant ; l'une est à coller sur la fiche sanitaire de liaison et l'autre à joindre séparément dans l'enveloppe.

Renseignements par téléphone au **04 97 13 40 01**ou bien sur le site **nice.fr**, ou en écrivant à l'adresse e-mail : **inscriptions.loisirs@ville-nice.fr**

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant à :

MAIRIE DE NICE
DIRECTION ADJOINTE DE LA JEUNESSE - DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION
06364 NICE CEDEX 4

Il peut demander communication des renseignements la concernant sur place ou par courrier. Toute personne peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant. En cas d'erreurs, les corrections sont apportées immédiatement si les personnes sont présentes où à la réception du courrier précisant les renseignements incorrects.

Le dossier complet à envoyer par courrier postal dans l'enveloppe jointe où à déposer à la Direction de la Jeunesse (10, rue Gabriel Fauré), ou dans les mairies annexes ou à l'Hôtel de Ville ou dans les centres de loisirs municipaux ou auprès des associations partenaires.

Fiche sanitaire de liaison

ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon

Fille

photo

3A

Informations médicales

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels
DT Polio			
Tétracoq			
BCG			

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

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.

Maladies déjà contractées (faites une croix dans la ou les cases correspondantes)

- Scarlatine Otite Rougeole Rubéole Angine Rhumatismes
 Oreillons Coqueluche Varicelle Autres maladies

L'enfant est-il allergique ?

- Alimentaires Médicamenteuses Asthme Autres

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

Protocole de prise en charge médicalisé

- Oui Non

L'enfant suit-il un régime alimentaire médical :

- Oui Non

Si oui, lequel ? _____

L'enfant suit-il un traitement médical :

- Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation). En précisant les dates et les précautions à prendre.

Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'une école spécialisée ?

- Oui Non

Si oui, laquelle ? _____

Précautions à prendre pour certaines activités physiques et renseignements

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez) _____

Antécédents particuliers : fracture, entorse, autres (précisez) : _____

L'enfant mouille-t-il son lit ?

- Oui Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

- Oui Non

Autorisation annuelle de prise en charge médicalisée et personnes à contacter

Responsable légal à contacter prioritairement :

Nom : _____ Lien de parenté : _____ N° de Sécurité Sociale : _____

Tél. portable : _____ Tél. domicile : _____

Tél. professionnel : _____ Autres numéros : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant _____

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date _____ Signature _____