

A déposer **UNIQUEMENT** auprès de :

Avignon Loisirs Jeunesse

74, boulevard Jules Ferry – 84000 AVIGNON

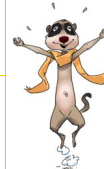
Lundi-Mercredi-Vendredi : 8h30-12h30 & 13h15-17h

Mardi-Jeudi: 8h30-12h30

☎ : 04 90 16 32 48

IDENTIFIANT MAIRIE :

ARRIVE LE :



Date-limite d'inscription : 31 JUILLET 2019

ATTENTION

Aucun dossier adressé par courrier ne sera traité
Tout dossier incomplet sera refusé

ACTIVITES PERISCOLAIRES

Dossier d'inscription 2019/2020

Les activités périscolaires sont mises en place par la mairie d'Avignon. Elles sont gratuites pour les familles.

PIECES A FOURNIR

Pour tous les enfants :

- ce dossier complété et signé
- un justificatif de vaccination, DTP obligatoire (carnet de santé ou certificat médical)
- photo pour les enfants en Petite section

Selon les cas :

- pour les CE2, CM1 et CM2 : attestation de natation
- pour l'inscription à la garderie du jour du périscolaire : attestation d'employeur
- pour les enfants concernés : photocopie du PAI (*Projet d'Accueil Individualisé*)

Inscription en cours d'année :

- du lundi 18 novembre au vendredi 29 novembre 2019 pour une rentrée en janvier 2020
- du lundi 2 mars au vendredi 13 mars 2020 pour une rentrée en avril 2020



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Toute maladie, pathologie ou allergie pouvant nécessiter la prise de médicaments doit être signalée et accompagnée d'un PAI (projet d'accueil individualisé).

Pour faciliter leur prise en charge, nous vous remercions de nous signaler tout enfant en situation de handicap ou nécessitant un accompagnement particulier.

DROIT A L'IMAGE

En cochant la case droit à l'image, vous autorisez la publication et la diffusion de photographies et films, ainsi que de productions et d'œuvres originales d'enfants.

En déposant ce dossier, j'atteste :

- Exactes tous les renseignements portés sur ce dossier
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'y conformer sans restriction
- Être informé que mon enfant peut être amené à sortir de l'école pour les activités proposées
- Avoir assuré mon enfant pour des incidents ou accidents qu'il pourrait subir ou faire subir à d'autres
- Accepter qu'en cas d'urgence, les équipes périscolaires procèdent à la prise en charge de mon enfant et si nécessaire contactent les pompiers pour son acheminement vers le centre hospitalier le plus proche.

Fait à Avignon, le _____

Signature du responsable légal
précédée de la mention « lu et approuvé »

ENFANT	NOM _____	Ecole : _____ Classe : _____ <small>(en septembre 2019)</small>
	Prénom _____	
	Né(e) le ___/___/___ Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	
Quitte l'école <input type="checkbox"/> 16h30 <input type="checkbox"/> 18h	Attestation nage <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date du vaccin DTP _____/_____/_____
Rentre seul <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Droit à l'image <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Bénéficie d'un P.A.I. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		Situation de handicap <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

ENFANT	NOM _____	Ecole : _____ Classe : _____ <small>(en septembre 2019)</small>
	Prénom _____	
	Né(e) le ___/___/___ Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	
Quitte l'école <input type="checkbox"/> 16h30 <input type="checkbox"/> 18h	Attestation nage <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date du vaccin DTP _____/_____/_____
Rentre seul <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Droit à l'image <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Bénéficie d'un P.A.I. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		Situation de handicap <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

ENFANT	NOM _____	Ecole : _____ Classe : _____ <small>(en septembre 2019)</small>
	Prénom _____	
	Né(e) le ___/___/___ Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	
Quitte l'école <input type="checkbox"/> 16h30 <input type="checkbox"/> 18h	Attestation nage <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date du vaccin DTP _____/_____/_____
Rentre seul <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Droit à l'image <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Bénéficie d'un P.A.I. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		Situation de handicap <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

ADRESSE DES ENFANTS	
Domicile	<input type="checkbox"/> des parents <input type="checkbox"/> du père <input type="checkbox"/> de la mère <input type="checkbox"/> autre: _____

REPRESENTANTS LEGAUX	
REPRESENTANT 1 : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom et prénom _____	
Tel : / / / /	Tel : / / / /
Mail _____ @ _____	
REPRESENTANT 2 : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom et prénom _____	
Tel : / / / /	Tel : / / / /
Mail _____ @ _____	

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON/MES ENFANT(S) ET/OU A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT	
Personne 1 : _____	
Lien avec le/les enfant(s) _____	
Tel : / / / /	
J'autorise à : <input type="checkbox"/> venir chercher mon/mes enfant(s)	
<input type="checkbox"/> à prévenir en cas d'accident	
Personne 2 : _____	
Lien avec le/les enfant(s) _____	
Tel : / / / /	
J'autorise à : <input type="checkbox"/> venir chercher mon/mes enfant(s)	
<input type="checkbox"/> à prévenir en cas d'accident	
Toute autre personne devra faire l'objet d'une autorisation écrite remise au directeur ALSH.	