



COMMUNE DE MESSINCOURT

DOSSIER UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS Année 2019 / 2020

Nom de famille de ou des enfant(s) : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____ Email : _____

Situation familiale : célibataire - pacsé(e) - vie maritale - marié(e) - divorcé(e) - séparé(e) - veuf (ve)

Nombre d'enfants à charge : _____ N° allocataire CAF : _____

CARTE ALSH

CARTE MSA

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Lieu travail :	Lieu travail :
Téléphone pro :	Téléphone pro :
Mobile :	Mobile :

Pour les couples séparés, la garde de ou des enfant(s) est attribuée à :

Mère Père Grands-parents Tuteur

Alternée d'une semaine Alternée week-end et vacances Autre

PREMIER ENFANT

NOM :		PRENOM :	
Né(e) le :		A :	

DEUXIEME ENFANT

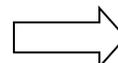
NOM :		PRENOM :	
Né(e) le :		A :	

TROISIEME ENFANT

NOM :		PRENOM :	
Né(e) le :		A :	

Utilisez-vous les service suivants*: Cantine Service périscolaire Accueil mercredi matin
(Cochez le service concerné)

**Ce renseignement est à titre informatif pour la commune. Les parents devront obligatoirement remplir les prévisionnels de chaque service et les remettre à l'équipe d'animation. Ces prévisionnels sont distribués par l'animateur mais sont aussi téléchargeables sur www.messincourt.fr, rubrique nos enfants.*



L'enfant ou les enfants sont-ils autorisés à rentrer seuls	OUI	NON
---	-----	-----

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'(LES) ENFANT(S) (en cas d'absence des parents)				
NOM	PRENOM	TELEPHONE 1	TELEPHONE 2	LIEN DE FAMILLE

ATTESTATION

Je soussigné,

Déclare

- ☞ inscrire mon (mes) enfant(s) cités précédemment
A l'accueil collectif de mineurs de Messincourt
Et l'autorise à pratiquer l'ensemble des activités proposées à l'exception de :
.....
- ☞ Etre titulaire d'une assurance responsabilité civile couvrant les activités scolaires et extrascolaires de mon (mes) enfant(s)
- ☞ Accepter le règlement intérieur de l'accueil collectif de mineurs
- ☞ Adhérer à la charte du savoir vivre et du respect mutuel

Autorise le responsable du service et toutes personnes habilitées

- ☞ À prendre toutes les dispositions nécessaires pour la santé ou la sécurité de mon (mes) enfant(s)
- ☞ À faire transporter mon (mes) enfant(s) à l'Hôpital de Sedan ou En cas d'urgence
- ☞ À faire soigner mon (mes) enfant(s) et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions médicales
- ☞ À filmer ou photographier mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités mises en place
- ☞ À reproduire, représenter, publier, diffuser ou exploiter librement les images ainsi réalisées dans le cadre des activités habituelles éditoriales de la commune

FAIT A MESSINCOURT, le

SIGNATURE

DOCUMENTS FOURNIS :

- Copie carte ALSH ou attestation MSA
- Attestation assurance responsabilité civile
- Copie carnet de santé (pages relatives aux vaccins)
- Fiche sanitaire de Liaison