

Dossier à envoyer : Mairie de Pusignan : Place Schönwald 69330—PUSIGNAN ou à déposer au guichet unique à la mairie ou par mail : guichetunique@mairie-pusignan.fr

Documents à fournir : justificatif de domicile, fiche sanitaire, attestation d'assurance scolaire, vaccins, QF CAF

Responsable légaux :

Nom Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Mail :

Profession :

Employeur et Adresse :

.....

N° allocataire :

N° portable :

Quotient Familial * :

Joindre la notification CAF

Numéro de sécurité sociale :

.....

Nom Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Mail :

Profession :

Employeur et Adresse :

.....

N° allocataire :

N° portable :

Quotient Familial * :

Joindre la notification CAF

Numéro de sécurité sociale :

.....

J'autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités organisées par le PEJ (Pôle Enfance Jeunesse) y compris les activités de baignade surveillée. J'autorise les agents du Pôle Enfance Jeunesse à transporter mon enfant dans le cadre des activités organisées.

J'autorise mon enfant à voyager en bus, minibus. Je certifie que mon enfant est couvert par l'assurance scolaire et extrascolaire pour tout risque pouvant survenir durant les différentes période de fonctionnement du PEJ.

J'autorise la direction à consulter CDAP (Consultation du Dossier Allocataire par le Partenaire).

J'autorise le personnel à administrer à mon enfant des antipyrétiques en cas de fièvre supérieure ou égale à 38°5 et selon le protocole de l'établissement (uniquement pour la crèche et halte garderie).

J'autorise les organisateurs et l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences nécessaires concernant la santé de mon enfant (médecin, rapatriement, SAMU, Pompiers ...).

Je m'engage à rembourser à la Mairie de Pusignan les frais médicaux, chirurgicaux ou pharmaceutiques et les frais annexes, dont l'avance aurait été faite pour mon enfant.

SIGNATURE PRECEDEE DE LA MENTION « LU ET APPROUVE »

.....

ENFANTS

Nom : Prénom :

Date de naissance : À :

Sexe : F M Nom et téléphone du médecin traitant :

Régime alimentaire : STANDARD VEGETARIEN

ALLERGIES : Oui Non lesquelles :

J'autorise mon enfant à être pris en photo et apparaître dans les supports de communication de la ville : Oui Non

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités de nos accueils de loisirs : Oui Non

Nom : Prénom :

Date de naissance : À :

Sexe : F M Nom et téléphone du médecin traitant :

Régime alimentaire : STANDARD VEGETARIEN

ALLERGIES : Oui Non lesquelles :

J'autorise mon enfant à être pris en photo et à apparaître dans les supports de communication de la ville : Oui Non

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités de nos accueils de loisirs : Oui Non

Nom : Prénom :

Date de naissance : À :

Sexe : F M Nom et téléphone du médecin traitant :

Régime alimentaire : STANDARD VEGETARIEN

ALLERGIES : Oui Non lesquelles :

J'autorise mon enfant à être pris en photo et à apparaître dans les supports de communication de la ville : Oui Non

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités de nos accueils de loisirs : Oui Non

Nom : Prénom :

Date de naissance : À :

Sexe : F M Nom et téléphone du médecin traitant :

Régime alimentaire : STANDARD VEGETARIEN

ALLERGIES : Oui Non lesquelles :

J'autorise mon enfant à être pris en photo et à apparaître dans les supports de communication de la ville : Oui Non

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités de nos accueils de loisirs : Oui Non

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Nom Prénom & tél :

Nom Prénom & tél :

Nom Prénom & tél :

Nom Prénom & tél :

Je certifie exacts les renseignements portés à ce dossier.

Nom Prénom & signature