

Activités périscolaires et accueil de loisirs  
Fiche d'inscription et de  
**RENSEIGNEMENTS SANITAIRES**

Service Jeunes  
Mairie de Verrières-le-Buisson  
Tél. 01 69 53 78 00  
jeune@verrieres-le-buisson.fr

**La réservation de place à l'accueil de loisirs reste INDISPENSABLE sur l'Espace Famille ou sur les formulaires disponibles sur le site Internet, rubrique « enfance jeunesse » et en mairie.**

**Enfant**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ecole fréquentée \_\_\_\_\_

**Représentants légaux**

Nom _____	Nom _____
Prénom _____	Prénom _____
Adresse _____	Adresse _____
_____	_____
Tél. domicile ___ ___ ___ ___	Tél. domicile ___ ___ ___ ___
Tél. travail ___ ___ ___ ___	Tél. travail ___ ___ ___ ___
Tél. portable ___ ___ ___ ___	Tél. portable ___ ___ ___ ___
Courriel _____	Courriel _____
Employeur _____	Employeur _____
Adresse _____	Adresse _____
_____	_____

**Renseignements médicaux**

Médecin traitant \_\_\_\_\_  
Allergies \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Protocole d'Accueil Individualisé Oui  Non

Observations \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Doses vaccin DTP	Type	Dates

Maladie(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Contre-indication(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Informations générales**

N° allocataire CAF \_\_\_\_\_ Régime Général  Agricole  Autre

Assurance : Nous vous signalons qu'il est dans votre intérêt de souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels pouvant exposer votre enfant lors des activités auxquelles il participera.

Hôtel de Ville  
Place Charles de Gaulle  
**Verrières-le-Buisson**



## Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les représentants légaux)

(renseigner minimum une personne)

Nom/Prénom \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Nom/Prénom \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Nom/Prénom \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Nom/Prénom \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Nom/Prénom \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence

## Autorisations

- Autorise la Ville à publier dans ses brochures, films et sur son site Internet, les photos de mon enfant.
- Autorise la Ville à utiliser mes coordonnées informatiques pour transmettre des informations importantes
- Autorise la participation de mon enfant aux sorties véhiculées y compris hors de la commune
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par l'accueil de loisirs, y compris les activités sportives

## Calcul des participations familiales

La Caisse d'allocations familiales met à la disposition des villes un service Internet à caractère professionnel qui permet de consulter les éléments de votre dossier nécessaires à l'exercice de notre mission.

Conformément à la loi « informatique et liberté » N°78-17 du 6 janvier 1978, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

- Autorise les services de la Ville à consulter mon dossier sur le site de la CAF
- N'autorise pas les services de la Ville à consulter mon dossier sur le site de la CAF

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise les services municipaux encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir le service de toute modification (changement d'adresse, problème de santé, situation familiale...); et atteste avoir bien pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à Verrières-le-Buisson,  
le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature indispensable**

**Fiche à déposer à l'Hôtel du Ville accompagnée obligatoirement des documents suivants (originaux et photocopies):**

- ✓ Document attestant la vaccination à jour du DTP

**(pas d'envoi électronique ni par courrier)**

Hôtel de Ville  
Place Charles de Gaulle  
**Verrières-le-Buisson**

