

Document Unique Communal 2025-2026

ACAMP ADOS – PRJ

Code famille :

Jeune

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Établissement :

Niveau :

Allergie particulière :

☐

oui

☐

non

Laquelle

Pathologie :

Laquelle

P.A.I effectué en 2024/2025 : ☐ oui ☐ non

Motif

Régime particulier

N° allocataire CAF ou MSA :

Responsable légal 1 du foyer		Modification (s) souhaitée (s)
Qualité		
Nom		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
E-mail		
Adresse		
CP / VILLE		
N° CAF ou MSA		

Responsable légal 2 du foyer		Modification (s) souhaitée (s)
Qualité		
Nom		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
E-mail		
Adresse		
CP / VILLE		
N° CAF ou MSA		

Dans le cadre d'une séparation, compléter impérativement les informations ci-dessous : Merci de nous fournir les photocopies du jugement

Mode de garde de l'enfant :

Adresse postale de la résidence usuelle de l'enfant :

Madame, Monsieur,

Adresse complète :

.....

Responsable payeur :

Conjoint du responsable légal 1		Modification (s) souhaitée (s)
Qualité		
Nom		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
E-mail		

Conjoint du responsable légal 2		Modification (s) souhaitée (s)
Qualité		
Nom		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
E-mail		

AUTORISATIONS

Je soussigné (e)

Responsable légal de l'enfant

1/ Autorise mon enfant à sortir de la structure municipale dans le cadre des activités proposées par l'accueil de loisirs

☐ OUI

☐ NON

2/ Autorise mon enfant à être transporté en transport en commun avec les animateurs dans le cadre des activités proposées par l'accueil de loisirs


☐ OUI

☐ NON

3/ Autorise mon enfant à sortir seul de la structure municipale à l'heure de fin d'activité du PRJ

☐ OUI

☐ NON

 Si NON, Personne à prévenir ou autorisée à récupérer votre enfant (en cas d'absence des parents ou du représentant légal). Un mineur (à partir de 12 ans) peut récupérer son frère ou sa sœur à condition que celui-ci ait une décharge signée des parents avec la date de naissance notée dessus.

Une pièce d'identité sera demandée.

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant / à prévenir en cas d'urgence		Modification (s) souhaitée (s)
Lien de parenté		
Nom		
Prénom		
Téléphone portable		
Téléphone domicile		
A prévenir en cas d'urgence		

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant / à prévenir en cas d'urgence		Modification (s) souhaitée (s)
Lien de parenté		
Nom		
Prénom		
Téléphone portable		
Téléphone domicile		
A prévenir en cas d'urgence		

4/ Autorise les services municipaux à prendre des photos de mon enfant :

- | | | |
|---------------------------------|-----|-----|
| - Pour les bulletins municipaux | OUI | NON |
| - Pour le site internet | OUI | NON |
| - Dans le cadre d'activités | OUI | NON |
| - Films, spectacles, activités | OUI | NON |
| - | | |

Déclare exacts tous les renseignements portés sur le **Document Unique Communal** et autorise les responsables du restaurant scolaire ou de l'ALSH, des ateliers temps méridiens, périscolaire et extrascolaire, à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Je reconnais être informé (e) que le **REGLEMENT ENFANCE** précisant les conditions générales d'utilisation du PRJ est consultable sur le site communal www.bouillargues.fr.

Je peux également demander une copie du règlement en vigueur.

Fait à Bouillargues, le

Signature du responsable légal de l'enfant

FICHE SANITAIRE (à compléter par le médecin)

Médecin traitant

Nom

Adresse

N° de tél :

Atteste que l'enfant

Est apte à la vie en collectivité et peut participer aux activités spécifiques sportives et aquatiques proposées, adaptées à son âge, dans le cadre du PRJ et/ou des séjours Acamp'Ados.

S'il existe une contre-indication relative à un sport particulier, veuillez le préciser :

.....
.....

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? Oui ☐ Non ☐

Quelle(s) pathologie(s)?

.....
.....

Quel(s) traitement(s) ?

.....
.....

Allergies

Quelle (s) allergie(s) ?.....

Quel(s)traitement(s) ?.....
.....

En cas d'allergie(s) et / ou pathologie, la mairie demandera la mise en place obligatoire d'un Plan d'Aide Individuel (P.A.I).

Joindre une autorisation parentale ainsi que l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant) sur chaque lieu d'accueil.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

⇒ J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués ci-dessus.

Date

Signature parents ou médecin (+ cachet)

INFORMATIONS RELATIVES A L'UTILISATION DES DONNÉES A CARACTERE PERSONNEL

Dans le cadre du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) :

→ Les données à caractère personnel récoltées dans ces documents ne seront utilisées qu'à des fins propres à leurs destinations.

→ Les données vous concernant sont strictement confidentielles et ne peuvent être communiquées à un tiers. La conservation des données s'effectue uniquement pour le temps strictement nécessaire à l'accomplissement de la finalité pour laquelle elles ont été collectées.

→ Vous pouvez exercer vos droits d'accès à vos données personnelles (consultation, rectification...).

Pour toutes réclamations, vous pouvez envoyer un mail au Délégué à la Protection des Données : dpd@nimes-metropole.fr

→ La durée de conservation des données ne peut pas excéder la période de présence de l'enfant au sein des différents établissements scolaires et périscolaires de Bouillargues. De même pour les services payants, la durée de conservation ne peut pas excéder la période nécessaire au recouvrement des sommes dues.

☐ Je déclare avoir pris connaissances des informations relatives à l'utilisation des données et à leur accès.

Fait à Bouillargues, le :

Signature du ou des parent(s) précédée de la mention « lu et approuvé » :

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A JOINDRE

1. **Livret de famille complet (parents + enfants)**
2. **Fiche sanitaire** (ci-joint) à compléter **obligatoirement** :
 - Par le médecin traitant en cas de problème médical
 - Par les parents si aucun problème médical
3. Photocopie des **feuilles de vaccinations** Obligatoire (carnet de santé)
4. Justificatif de domicile
5. **Attestation d'assurance 2025-2026** (responsabilité civile et assurance individuelle, scolaire et extrascolaire)
6. Informations relatives à l'utilisation des données à caractère personnel (p.7)
7. Jugement de divorce en cas de séparation des parents
8. Pour l'ALSH fournir les aides aux temps libres

NB : les photocopies seront faites uniquement en mairie et facturées : 0.30€ pour les A4 / 0.35€ pour les recto-verso

En cas d'annulation sauf maladie, les parents doivent prévenir la mairie par mail 24 h00 avant à l'adresse suivante : inscriptions@bouillargues.fr

En cas d'absence pour maladie les parents doivent prévenir la mairie par mail et faire parvenir un certificat médical dans les 48h à l'adresse suivante :

inscriptions@bouillargues.fr

Sinon chaque absence sera facturée.

En tout état de cause, la 1^{ère} journée d'absence pour maladie n'est pas remboursée

Informations pratiques à conserver

ACAMP ADOS / (PRJ Point Rencontre Jeunes)

Parc Blachère

Rue du pont de la République 30230 Bouillargues

Contact Administratif

inscriptions@bouillargues.fr

Mme LACROIX Géraldine : 04.34.39.58.62

Contact de l'équipe d'encadrement et d'animation :

06.17.76.92.73 ou bouillargues@laliguegard.fr