

INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE ET RESTAURATION SCOLAIRE

ANNÉE SCOLAIRE _____

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

RESTAURATION SCOLAIRE

ENFANT À INSCRIRE

| Ecole fréquentée | NOM de l'enfant | Prénom de l'enfant | Sexe | Date de naissance |
|------------------|-----------------|--------------------|---|-------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon | |

RESPONSABLE(S) LÉGAL DE L'ENFANT

| | Responsable Légal 1 | Responsable Légal 2 | Famille d'accueil / autres |
|---|---------------------|---------------------|----------------------------|
| NOM | | | |
| Prénom | | | |
| Adresse | | | |
| Téléphone | | | |
| Mail | | | |
| Nom employeur (facultatif) | | | |
| Téléphone Pro (facultatif) | | | |
| N° allocataire¹ (CAF / MSA²) | | | |

¹ Sans communication du numéro d'allocataire ou du quotient CAF, c'est le montant maximum qui s'appliquera.

² Si allocataire MSA, fournir le montant du quotient familial en cours.

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS

Mariés Pacés Séparés Divorcés Union-libre Veuf(ve) Célibataire

En cas de séparation des parents : Facture séparée en cas de garde alternée (préciser le calendrier ci-après) :

- Semaines responsable légal 1 : _____
- Semaines responsable légal 2 : _____

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise les prises de vue et l'utilisation des images de mon enfant dans un but informatif ou événementiel et non lucratif afin de promouvoir les activités de loisirs organisées par la ville Oui Non

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale pour mon enfant Oui Non

.../...

CONTACTS DE LA FAMILLE

| | Contact 1 | Contact 2 |
|---------------------------|--|--|
| NOM - Prénom | | |
| Téléphone | | |
| Lien avec l'enfant | | |
| Autorisations | <input type="checkbox"/> À contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à venir chercher l'enfant | <input type="checkbox"/> À contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à venir chercher l'enfant |

INSCRIPTION À L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

| ACCUEIL PERISCOLAIRE – Cocher le(s) jour(s) souhaité(s) | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| Accueil périscolaire <u>MATIN</u> | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> Mardi | <input type="checkbox"/> Jeudi | <input type="checkbox"/> Vendredi | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |
| Accueil périscolaire <u>SOIR</u> | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> Mardi | <input type="checkbox"/> Jeudi | <input type="checkbox"/> Vendredi | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |

INSCRIPTION À LA RESTAURATION SCOLAIRE

| RESTAURATION SCOLAIRE – Cocher le(s) jour(s) souhaité(s) | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| Restauration scolaire | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> Mardi | <input type="checkbox"/> Jeudi | <input type="checkbox"/> Vendredi | <input type="checkbox"/> Occasionnellement | <input type="checkbox"/> Panier repas ³ |

³ En cas d'allergie alimentaire validée par un P.A.I.

Si vous souhaitez des repas sans porc, cocher cette case

Si vous souhaitez des repas sans viande, cocher cette case

La mise en place d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) pour votre enfant sera effective à la réception et validation de L'INTEGRALITE de celui-ci.

J'autorise la ville à transmettre au directeur/trice de l'école de votre enfant l'ensemble des informations données (dans un objectif d'allègement des démarches administratives) Oui Non

Je soussigné M. et / ou Mme _____ certifie(nt) sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur cette fiche.

L'inscription au restaurant scolaire et / ou accueil périscolaire vaut acceptation du règlement intérieur y afférent.

Le _____

Signature des parents



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| | | | | Hépatite B | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :