

# FICHE INSCRIPTION - 2018 / 2019

## Renseignements concernant l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse complète: \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_ Classe à la rentrée: \_\_\_\_\_

## Renseignements concernant la famille :

### Parent:

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Tél portable: \_\_\_\_\_

Tél pro : \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

### Parent :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_

Tél pro : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

### Situation familiale :

Marié(e) / Pacsé(e) / concubinage       Séparé(e) / Divorcé(e)       Veuf (ve)

### Précision concernant l'adresse de facturation :

Si les 2 parents ont une adresse différente, merci de préciser à quel parent doit être envoyée la facture :

\_\_\_\_\_

# INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Fournir un justificatif de votre quotient familial selon votre régime :

Hors régime général et non allocataire  Régime général et non allocataire

Régime général (CAF) et allocataire  M.S.A

Autre régime : \_\_\_\_\_

N° d'allocataire : \_\_\_\_\_ Quotient familial : \_\_\_\_\_

J'autorise le service à rechercher notre quotient familial sur le site internet CAF PRO (réservé aux professionnels) grâce à notre n° allocataire noté ci-dessus.

Oui  Non (je m'engage à fournir en janvier l'attestation réactualisée)

## AUTORISATION PARENTALE

### EN CAS D'URGENCE :

Prévenir (si parents non joignables) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Observations :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J'autorise les interventions médicales et chirurgicales en cas d'urgence. D'autre part, je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

J'autorise le pôle enfance à reproduire librement et gratuitement des photographies et ou vidéos de mon enfant en activité dans différentes publications y compris internet.

Je refuse l'utilisation des photos et des vidéos de mon enfant.

**Je soussigné(e) ----- atteste avoir pris connaissance de l'ensemble des règlements intérieurs notamment concernant la tarification et les modalités d'annulation.**

Fait à..... Le .....

Signature :

# FICHE SANITAIRE

## Enfant

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	Sexe : _____

### VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou en faire une copie)

Vaccins obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?      oui       non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Angine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Otite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

### ALLERGIES

Asthme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Alimentaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

Si votre enfant a une allergie alimentaire, la prise en charge ne sera effective qu'à compter de la signature d'un P.A.I.

Existe-t-il un P.A.I ?      oui       non  (si oui se rapprocher impérativement du Pôle enfance)

Autres : \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

\_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de pôle enfance à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

# Restaurant scolaire

Calendrier prévisionnel de présence 2018 / 2019

Enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Abonnement annuel :

Votre enfant mangera au restaurant scolaire au minimum 2 jours par semaine.  
Merci de cocher les jours de présence.

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

A compter du : ...../...../.....

Inscription occasionnelle :

Tickets occasionnels à retirer en Mairie au minimum 24 heures avant la date du repas.  
Achat pour plusieurs dates possibles.

Renseignement médical :

Existe-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) ?  Oui  Non

Le P.A.I. est impératif pour accueillir votre enfant et il est à réactualiser chaque année scolaire.

Se rapprocher de la Direction de l'école et de la responsable de pôle enfance dès que possible.

Allergies alimentaires :

---

---

Autre : \_\_\_\_\_

Mode de règlement : Cocher la solution retenue  
Un seul choix possible pour l'ensemble des services utilisés.

Prélèvement automatique

Espèces, chèque bancaire

Mode de réception des factures mensuelles :

Par courriel, préciser l'adresse : .....

Si autre choix (Poste) cocher la case suivante



# Accueil périscolaire

## Calendrier prévisionnel de présence 2018 / 2019

Pour toutes inscriptions mensuelles, un planning prévisionnel sera à votre disposition à l'accueil chaque mois.

### Enfant

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	Ecole : _____
Classe : _____	

Merci de cocher les créneaux horaires et les jours de présences de votre enfant :

#### MATIN

JOUR	7h15	7h30	7h45	8h00	8h15	8h30
	- 7h30	- 7h45	- 8h00	- 8h15	- 8h30	- 8h45
Lundi						
Mardi						
Jeudi						
Vendredi						

#### SOIR

JOUR	16h15	16h30	16h45	17h00	17h15	17h30	17h45	18h00	18h15	18h30	18h45
	- 16h30	- 16h45	- 17h00	- 17h15	- 17h30	- 17h45	- 18h00	- 18h15	- 18h30	- 18h45	- 19h00
Lundi											
Mardi											
Jeudi											
Vendredi											

En mon absence, mon enfant est autorisé à quitter l'accueil périscolaire avec :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° tél : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° tél : \_\_\_\_\_

#### Démarches à suivre pour les présences occasionnelles :

Votre enfant pourra être accueilli selon le nombre de places disponibles ce jour-là et à condition d'avoir dûment rempli ce dossier d'inscription. Veuillez contacter l'accueil périscolaire dès que possible afin de connaître les disponibilités.

Mode de paiement : Cocher la solution retenue

Un seul choix possible pour l'ensemble des services municipaux utilisés.

Prélèvement automatique

Espèces, chèque bancaire, CESU

Seuls les ¼ d'heures d'accueil périscolaire peuvent être réglés par CESU.

Mode de réception des factures mensuelles :

Par courriel, préciser l'adresse : .....

Si autre choix (Poste) cocher la case suivante



# Accueil de loisirs associatif

## Les copains d'Abord

### Calendrier prévisionnel de présence 2018 / 2019

Pour toutes inscriptions non régulières, un planning prévisionnel sera à votre disposition à l'accueil chaque mois.

#### Enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Ecole : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

En mon absence, mon enfant est autorisé à quitter l'accueil de loisirs avec :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° tél : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° tél : \_\_\_\_\_

**Merci de cocher la présence de votre enfant pour les mercredis :**

Tous les mercredis

1 mercredi sur 2

Occasionnel

JOUR	Matin	Repas	Après midi
Mercredi			

#### Mode de règlement

Règlement par chèque, CESU, espèces, chèques vacances

Mode de réception des factures mensuelles :

Par courriel, préciser l'adresse : .....

Si autre choix (Poste) cocher la case suivante

L'inscription ou l'annulation de la présence de votre enfant le mercredi est à signaler au plus tard le lundi soir précédent.

Toute inscription modifiée hors délai sera facturée.

#### Adhésion

Merci de renseigner vos dates de naissance pour l'établissement de votre carte d'adhésion.

Madame : \_\_\_\_\_

Monsieur : \_\_\_\_\_



#### AUTORISATION PARENTALE

- ✓ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre du centre de loisirs,
- ✓ J'autorise mon enfant à voyager par un moyen de transport collectif,
- ✓ J'autorise les interventions médicales et chirurgicales en cas d'urgence. D'autre part, je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

J'autorise mon enfant à partir seul du centre de loisirs.

Mon enfant est autorisé à quitter le centre de loisirs avec Melle, Mme, Mr \_\_\_\_\_

J'autorise l'Association à reproduire librement et gratuitement des photographies de mon enfant dans différentes publications y compris internet.

Fait à..... Le .....

Signature :