



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION AU SERVICE PÉRISCOLAIRE

2020-2021

Pour que le dossier puisse être accepté et enregistré, TOUTES les lignes doivent être renseignées et les documents à joindre fournis.

1. ENFANT

NOM : Prénom(s) :
Né(e) le : à Département : Pays :
Nationalité : Sexe :

2. SCOLARITE

École : École de Classe :

3. RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

RESPONSABLE 1

RESPONSABLE 2

NOM / Prénom(s) :

Adresse :
.....
.....
.....

Lien avec l'enfant :

Situation Matrimoniale : Concubin(e) - Marié(e) - Pacsé(e) Concubin(e) - Marié(e) - Pacsé(e)
 Séparé(e) - Divorcé(e) - Célibataire Séparé(e) - Divorcé(e) - Célibataire

Téléphone Fixe :

Téléphone Port. :

Courriel :

Il faut au minimum une adresse mail par famille pour favoriser la communication avec le service et la mise en place du portail famille. S'il n'y en a qu'une, elle sera automatiquement enregistré au responsable payeur

Profession :

Employeur :

Téléphone Pro. :

Assurance : N° police :

Régime social : CAF - M.S.A
N° allocataire Quotient familial

INTERVENANTS (Personnes autorisées à reprendre l'enfant et/ou à informer en cas de problème)

- **NOM / Prénom** : Téléphone Port. :
 - Lien avec l'enfant : Téléphone Fixe :
Autorisé à (cocher la (les) case(s)) : **Venir chercher l'enfant** **Informer en cas de problème**

- **NOM / Prénom** : Téléphone Port. :
 - Lien avec l'enfant : Téléphone Fixe :
Autorisé à (cocher la (les) case(s)) : **Venir chercher l'enfant** **Informer en cas de problème**

- **NOM / Prénom** : Téléphone Port. :
 - Lien avec l'enfant : Téléphone Fixe :
Autorisé à (cocher la (les) case(s)) : **Venir chercher l'enfant** **Informer en cas de problème**

5 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser) :	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-vaccination.
 Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

6 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

N° de Sécurité social :

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui Non

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

S'il s'agit d'un médicament à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	MEDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ASTHME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AUTRES (animaux, plantes, pollen...) :
--	---	--	---

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir** (Si automédication le signaler)

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

VOTRE ENFANT A-T-IL UN P.A.I (projet d'accueil individualisé) : Oui Non
(si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles)

7 - RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés particulières...

.....
.....

8 – AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant :

- à participer aux activités, même hors de la commune (sortie) : Oui Non
- à participer aux baignades surveillées dans le cadre d'une activité : Oui Non
- à être transporté en véhicule de service (rapatriement) : Oui Non
- à être transporté car de location : Oui Non
- à **quitter seul** le service périscolaire du soir : Oui Non
- à **quitter seul** l'accueil de loisirs du mercredi (à partir du CE1) : Oui Non
- à être pris en photo sur les temps périscolaires - Droit à l'image : Oui Non

9 - AUTORISATION DE REPRESENTATION ET REPRODUCTION DE L'IMAGE

Je soussignéreprésentant légal de :
..... autorise les services municipaux à photographier mon enfant dans le cadre des activités péri et extrascolaire, et à publier les photos et vidéo sur les différents supports de communication de la commune des BOIS D'ANJOU : journal municipal, dépliant, flyer, presse, site internet de la ville. Cette autorisation est consentie à des fins exclusives d'information.

10 - FACTURATION

Nom et prénom du payeur des activités :

Souhaitez-vous le prélèvement automatique : OUI NON

Si oui, cocher la case correspondante : RIB inchangé Nouveau RIB *

**Joindre un RIB dans le cas de la mise en place du prélèvement automatique ou d'un changement. Un document SEPA vous sera remis. Il sera à renvoyer signé au Service*

11 - PIÈCES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER

- Photocopie des pages « vaccinations » du carnet de santé
- Attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire de l'année en cours
- En cas de séparation, photocopie du jugement et calendrier des gardes alternées
- Justificatif du quotient familial daté de moins de 3 mois (*En l'absence de votre numéro d'allocataire, il vous sera appliqué le quotient familial le plus fort*)

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

Date et signature du (ou des) responsable(s) légal(aux) :

Fait à :

Signature précédée de « lu et approuvé »