



**SERVICE ENFANCE JEUNESSE**

11, rue de La Mairie  
49 250 LES BOIS D'ANJOU  
Tél : 06.46.18.53.39  
Mail : enfance.jeunesse@boisdanjou.fr

**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES 2019-2020**

**1. ENFANT**

NOM : ..... Prénom(s) : .....  
Né(e) le : ..... à ..... Sexe : .....

**2. SCOLARITE**

Ecole : Ecole de ..... Classe : .....

**3. RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX**

Régime social : ..... n° C.A.F./M.S.A : .....

**RESPONSABLE 1**

**RESPONSABLE 2**

NOM / Prénom(s) : .....

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

Rôle Familial : .....

Situation Familiale : .....

Téléphone Fixe : .....

Téléphone Port. : .....

Courriel : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Téléphone Pro. : .....

**4. 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	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> 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	MEDICAMENTEUSES	ASTHME	AUTRES (animaux, plantes, pollen...) :
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... .....

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 :

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Scarlatine</b> <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) et car de location : oui  non
- à **quitter seul** le service périscolaire ou l'accueil du mercredi (à partir du CE1) : oui  non

## 9 - AUTORISATION DE REPRESENTATION ET REPRODUCTION DE L'IMAGE

Je soussigné .....représentant 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 - PIECES JUSTIFICATIVES 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*)

- 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*

-----

Je soussignée, ..... 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 (des) responsable(s) légal(aux) :

Fait à : .....

Le : .....

Signature précédée de « lu et approuvé » :



**RESERVATION AUX SERVICES PERI et EXTRA SCOLAIRE**  
**Années scolaire 2019 / 2020**  
**Document à rendre au plus tard le lundi 15 juillet 2019**

NOM : ..... PRENOM : .....

ECOLE : ..... CLASSE 2019 - 2020 : .....

**SERVICE RESTAURATION**

Cochez la fréquence de restauration correspondante :

- Mon enfant déjeunera toute l'année à la restauration scolaire (*précisez les jours*)
- Les lundis     
  Les mardis     
  Les jeudis     
  Les vendredis

Mon enfant déjeunera de façon occasionnelle à la restauration scolaire  
*(Dans ce cas, entourez les jours souhaités jusqu'aux vacances d'octobre 2019. Un document sera disponible dans les structures pour modifier les réservations et inscrire les enfants sur les autres périodes)*

SEPTEMBRE				
Lundi	Mardi		Jeudi	Vendredi
2	3		5	6
9	10		12	13
16	17		19	20
23	24		26	27
30				

OCTOBRE				
Lundi	Mardi		Jeudi	Vendredi
	1		3	4
7	8		10	11
14	15		17	18

**ACCUEILS PERISCOLAIRES**

Merci cochez vos prévisions sur les créneaux de fréquentation envisagés pour votre enfant :

	Lu	Ma	Je	Ve
<b>Matin</b> (7h30 à 8h35)				
<b>Soir</b> (16h30 à 18h45)				

**ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI**

Cochez les réservations souhaitées :

- Mon enfant participera à l'accueil de loisirs **tous les mercredis** :
- à l'année :                                     
  Matin     
  Repas     
  après-midi
- Ou**  sur la première période (du 04/09 au 16/10/2018) :     
  Matin     
  Repas     
  après-midi

Mon enfant participera à l'accueil de loisirs de façon occasionnelle  
*(Dans ce cas, entourez les créneaux et repas souhaités jusqu'aux vacances d'octobre 2019)*

	SEPTEMBRE				OCTOBRE		
	4	11	18	25	2	9	16
Matin							
Repas							
Après-midi							