

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTIONS PERISCOLAIRES et EXTRASCOLAIRES SAINT-VERAND

L'inscription aux différents services municipaux se fait par le biais d'un

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION (1 dossier/enfant)

Ce dossier vous permet de fournir en une seule fois l'ensemble des pièces nécessaires pour l'inscription à l'année de votre (vos) enfant(s) à l'une ou/et l'autre des activités périscolaires et extrascolaires suivantes :

ACCUEIL PERISCOLAIRE (matin, midi et soir) des lundi, mardi, jeudi et vendredi,
ACCUEIL PERISCOLAIRE du mercredi matin
RESTAURATION SCOLAIRE
ACCUEIL EXTRASCOLAIRE (vacances)

Ce dossier est à déposer dûment complété et accompagné des pièces justificatives exigées auprès du directeur(trice) de l'Accueil Collectif de Mineurs ZEBULON. Tout dossier non complet ne pourra pas donner lieu aux inscriptions souhaitées.

JUSTIFICATIFS à fournir

- ☒ Attestation d'assurance responsabilité civile, scolaire, périscolaire et extrascolaire
- ☒ Quotient familial de la CAF (ou MSA) de l'année N ou avis d'imposition de l'année N-1
- ☒ Si divorce ou séparation, copie de l'extrait de jugement stipulant les modalités de garde et justifiant du domicile principal de l'enfant
- ☒ Pour les personnes hébergées, fournir une attestation de domicile de l'hébergeant + la copie de la pièce d'identité de l'hébergeant

FICHE DE RENSEIGNEMENTS (1 par enfant)

ENFANT	NOM : Prénom : Date de naissance :
	Lieu de naissance :
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Adresse :	
Code Postal : Ville : Tel domicile :	

1er ADULTE DU FOYER
Nom : Prénom :
Situation familiale : Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Tel portable : Courriel :
Nom et adresse de l'employeur : Tel pro :
Facturation : Parents <input type="checkbox"/> Père (exclusif) <input type="checkbox"/> Mère (exclusif) <input type="checkbox"/>

2ème ADULTE DU FOYER
Nom : Prénom :
Tel portable : Courriel :
Nom et adresse de l'employeur : Tel pro :
<i>Est-il (elle) autorisé(-e) à récupérer l'enfant à la sortie de l'école</i> : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

En cas de séparation des parents, merci de compléter le cadre ci-dessous	
AUTRE PARENT, non domicilié à la même adresse	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>
	Garde alternée <input type="checkbox"/>
Nom : Prénom :	
Adresse :	
Code Postal : Ville : Tel domicile :	
Tel portable : Courriel :	
Nom et adresse de l'employeur : Tel pro :	
<i>Est-il (elle) autorisé(-e) à récupérer l'enfant à la sortie de l'école</i> : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**FICHE D'INSCRIPTION aux SERVICES PERISCOLAIRES MUNICIPAUX
(1 fiche/enfant)**

NOM :

Prénom :

** L'inscription en garderie 11h30-12h30 concerne uniquement les enfants ne fréquentant pas la RESTAURATION SCOLAIRE.*

ACCUEIL PERISCOLAIRE des Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi

⇒ **ACCUEIL DU MATIN 7h30-8h30**

OUI **NON** **OCCASIONNEL**

JOURS : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

⇒ **GARDERIE 11H30 – 12H30 ***

OUI **NON** **OCCASIONNEL**

JOURS : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

⇒ **ACCUEIL DU SOIR 16h30 – 18h30**

OUI **NON** **OCCASIONNEL**

JOURS : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

ACCUEIL PERISCOLAIRE du Mercredi matin

OUI **NON**

RESTAURATION SCOLAIRE

OUI **NON** **OCCASIONNEL**

JOURS : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

REPAS : classique sans porc sans viande sans poisson panier repas

Mon enfant a des allergies alimentaires : Oui Non

*Dans le cas d'allergie alimentaire, joindre un certificat médical permettant la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé**. L'inscription sera effective une fois le **PAI** effectué.*

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Joindre la copie des pages de vaccination du carnet de santé

VACCINATIONS

OBLIGATOIRES	OUI/NON	RECOMMANDEES	OUI/NON
DIPHTERIE		HEPATITES B	
TETANOS		RUBEOLE-OREILLONS	
DT POLIO		ROUGEOLE	
OU TRACOQ		COQUELUCHE	
BCG		AUTRES (préciser)	

AUTRES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	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"/>
COQUELUCHE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OTITE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ROUGEOLE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OREILLONS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Votre enfant présente-il les formes d'allergies suivantes ?

ASTHME	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Préciser ici la cause de l'allergie ; (si automédication, le signaler...)
ALLERGIE à des médicaments	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
ALLERGIE à des aliments	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

AUTRES INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS UTILES

Détaillez ici toute autre information médicale qui pourrait être utile à un médecin en cas d'urgence.

.....
.....
.....

NUMERO CAF OU D'AUTRE REGIME D'AFFILIATION :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

NOM du médecin traitant :

TEL :

AUTORISATIONS PARENTALES (cocher les mentions autorisées)

Je, soussigné,, responsable légal de l'enfant

l'autorise par la présente à :

- participer aux activités manuelles (dont le maquillage)
- pratiquer des activités physiques
- se rendre avec les animateurs sur différents lieux d'activités en dehors de l'école
- quitter seul l'ALSH à 18h30 (seulement pour les élèves de l'école élémentaire)
- quitter l'ALSH accompagné des personnes suivantes (prévenues aussi en cas d'urgence au cas où les parents ne seraient pas joignables)

NOM et prénom	adresse	téléphone	lien avec l'enfant

J'autorise les responsables de l'Accueil de Loisirs à prendre

- toute mesure d'urgence (traitement, hospitalisation....) rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant
- des photos ou vidéos de mon enfant afin de faire la promotion de ce service

APPROBATION des REGLEMENTS INTERIEURS

Je certifie l'exactitude des renseignements donnés et m'engage à signaler par écrit tout changement dans l'inscription de mon enfant.

Je certifie avoir pris connaissance des différents règlements intérieurs consultables sur le site de la commune et m'engage à ce que mon(mes) enfant(s) et moi-même les respections.

A SAINT-VERAND, le

Signature

