



FICHE FAMILLE d'inscription aux accueils de loisirs
Temps relais/Restauration scolaire/ Récré / Mercredis après-midi / Vacances
Année scolaire 2017/2018

Noms et prénoms des enfants inscrits : -----

IMPORTANT

Ce formulaire est à remplir obligatoirement pour toute nouvelle demande d'inscription aux accueils de loisirs municipaux pour l'année 2017/2018.

Nous vous demandons de bien vouloir rapporter **au plus tôt** cette fiche, dûment remplie, à l'accueil de la mairie ou du service enfance jeunesse et vie associative (au CSCS).

Attention : pour la rentrée, la commande du repas auprès de la restauration scolaire doit se faire au plus tard le vendredi 1^{er} septembre 2017 avant 10h.

RESPONSABLES LÉGAUX

PERE	MERE
------	------

Situation : Mariés Concubins Pacsés Divorcés-Séparés Autre : -----

Nom et prénom : ----- **Nom et prénom :** -----

Autorité parentale : Oui Non **Autorité parentale :** Oui Non

Adresse : ----- **Adresse :** -----

Profession : ----- **Profession :** -----

Mail : ----- **Mail :** -----

Tél domicile : ----- **Tél domicile :** -----

Tél travail : ----- **Tél travail :** -----

Tél portable : ----- **Tél portable :** -----

Adresse mail de facturation (et le cas échéant adresse postale de facturation) : -----

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Numéro allocataire CAF : -----

Si non allocataire, fournir le dernier avis d'imposition pour calculer le QF.

Assurance individuelle accident + responsabilité civile, et extrascolaire (nom, adresse et n° d'assurance) :

La production d'une attestation à une assurance individuelle accident en responsabilité civile/extrascolaire est **OBLIGATOIRE** pour inscrire votre enfant.



FICHE ENFANT d'inscription aux accueils de loisirs
Restauration scolaire/ Temps relais / Ateliers découverte / Ateliers libres
Mercredis après-midi / Vacances
Année scolaire 2017/2018

Nom et Prénom de l'enfant : -----

PAI : si votre enfant présente des allergies ou des troubles de la santé nécessitant une adaptation de son accueil en collectivité, un Projet d'Accueil Individualisé à jour et validé par le médecin scolaire doit être établi pour accueillir votre enfant sur les temps périscolaires.

NIVEAU SCOLAIRE

Maternelle : Petite section Moyenne section Grande section

Élémentaire : CP CE1 CE2 CM1 CM2

Enseignant(s) :

RESTAURATION SCOLAIRE

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Occasionnellement

Régime alimentaire : sans viande sans porc adapté à la santé de l'enfant PAI (protocole à jour impératif)

MATERNELLE

	Temps relais Midi 11h30-12h	Temps relais Soir 15h45-16h30	Ateliers découverte 15h45-17h30	Ateliers libres 17h30-18h30
LUNDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MERCREDI	<input type="checkbox"/>			
JEUDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VENDREDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÉLÉMENTAIRE

	Temps relais Midi 13h30-14h	Temps relais Soir 15h30/15h45 à 16h30	Ateliers découverte 16h30-17h30	Ateliers libres 17h30-18h30
LUNDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Gymnase retour 18h)	<input type="checkbox"/>
MARDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JEUDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VENDREDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MERCREDI APRÈS-MIDI

Prévisions d'inscriptions à confirmer au secrétariat du service enfance jeunesse et vie associative

A l'année Occasionnellement

*Rappel : Dans un souci d'équité, toute heure commencée sans inscription préalable sera systématiquement facturée. Toute annulation ou modification sans facturation peut s'effectuer **48h à l'avance.***

Date :

Signature(s) :



AUTORISATIONS PARENTALES

Année scolaire 2017/2018

Nom et prénom de l'enfant :

DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'équipe d'animation à prendre des photos de mon enfant pour un usage interne (site de Poizat, presse locale ou affichage dans les locaux) ou pour être partagées avec les autres familles de l'accueil de loisirs.

Oui

Non

AUTORISATION de SORTIES

Mon enfant peut partir seul

(uniquement pour les élèves scolarisés en élémentaire ou au collège) :

à la fin du temps relais (départ des enfants possible dès 16h15 ou 16h30)

à la fin des ateliers découverte (17h30), des ateliers libres (18h30),
des mercredis ou vacances

Pour qu'un enfant soit confié à une personne mineure, il doit être autorisé à partir seul.

Mon enfant ne peut pas partir seul

(obligatoire pour les élèves scolarisés en maternelle).

PERSONNES MAJEURES autorisées à récupérer mes enfants (en capacité de justifier de leur identité)

Nom et prénom :  :

Nom et prénom :  :

Nom et prénom :  :

Nom et prénom :  :

Nom et prénom :  :

Observations complémentaires éventuelles

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

Fait à :

Signature(s) :

Le :

PIÈCES À FOURNIR :

- Fiche famille d'inscription (1 par famille) si les renseignements sont identiques pour chaque enfant
- Fiche enfant (1 par enfant)
- Fiche d'autorisations parentales (1 par enfant)
- Fiche sanitaire (1 par enfant)
- PAI : si l'accueil de votre enfant nécessite un Projet d'Accueil Individualisé pour raisons médicales (le PAI est un document officiel saisi par le chef d'établissement et le médecin scolaire)

- Attestation d'assurance individuelle accident + responsabilité civile/**extrascolaire**
- Justificatif de domicile

- Cotisation annuelle valable du 4 septembre 2017 au 31 août 2018 pour tous les temps d'accueil (restauration scolaire, temps relais, Récré, mercredi et vacances) : 8 € pour les familles poisatières

L'inscription et la participation de votre enfant aux accueils de loisirs ne seront acceptées que si votre dossier d'inscription est complet.



L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

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

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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 pris sans ordonnance.

A titre indicatif 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 AIGÜ 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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

3- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :