



FICHE FAMILLE D'INSCRIPTION AUX ACCUEILS DE LOISIRS
Temps relais/Restauration scolaire/ Récré / Mercredis après-midi / Vacances
Année scolaire 2016/2017

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

IMPORTANT

Ce formulaire est à remplir obligatoirement pour toute demande d'inscription aux accueils de loisirs municipaux pour l'année 2016/2017.

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 26 août 2016.

RESPONSABLES LÉGAUX

PÈRE	MÈRE
------	------

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 : -----

Adresse mail : ----- Adresse 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 dernier avis d'imposition pour calcul 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 INSCRIPTION AUX ACCUEILS DE LOISIRS
 Temps relais/Restauration scolaire/ Récré / Mercredis après-midi / Vacances
Année scolaire 2016/2017

Nom et prénom de l'enfant : _____

NIVEAU SCOLAIRE FREQUENTÉ

Maternelle : Petite section Moyenne section Grande section

Élémentaire : CP CE1 CE2 CM1 CM2

Enseignant(s) :

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	Occasionnellement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Régime alimentaire : sans viande Autre (à préciser)

INSCRIPTION TEMPS RELAIS/RÉCRÉ MATERNELLE

	TR Matin (8h15-8h30)	TR Midi (13h15-13h35)	TR Soir (16h-16h30)	RECRE (16h30-17h30) (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"/>

INSCRIPTION TEMPS RELAIS/RÉCRÉ ÉLÉMENTAIRE

	TR Midi (13h30-13h50)	TR Soir (15h30/15h45-16h30)	RECRE (16h30-17h30) (17h30-18h30)
LUNDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JEUDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VENDREDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRÉVISION D'INSCRIPTION MERCREDI APRÈS-MIDI

(à confirmer au secrétariat du CSCS)

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) :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	<p style="text-align: right; color: blue;">L'ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------	--

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				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 MÉDICAUX 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

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

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui 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 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, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

AUTORISATIONS PARENTALES

Année scolaire 2016/2017

Nom et prénom de l'enfant : _____

Autorisations concernant le droit à l'IMAGE

- L'équipe d'animation peut prendre des photos de mon enfant. Oui Non
- La commune peut utiliser les photos pour le site, le Vivre Poizat
ou l'affichage dans les locaux. Oui Non
- Les photos de mon enfant peuvent être transmises à la presse locale (DL) Oui Non
- Les photos de mon enfant peuvent être distribuées aux autres familles. Oui Non

Autorisations concernant les SORTIES

- Mon enfant peut partir seul (uniquement pour les élèves scolarisés en élémentaire).

	TEMPS RELAIS		RÉCRÉ	
	à 16h15	à 16h30	à 17h30	à 18h30
LUNDI				
MARDI				
JEUDI				
VENDREDI				

- **Mercredi et vacances :**

Mon enfant peut partir seul :

- à 12h (pendant les vacances sauf mardi et jeudi).
- à 13h30.
- à 17h.
- à 18h.

- Mon enfant ne peut pas partir seul (NB : obligatoire pour les élèves scolarisés en maternelle).

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

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 : _____ Le : _____
Signature(s) : _____

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

PIÈCES À FOURNIR :

- Fiche de renseignements d'ordre médical (1 par enfant)
- Fiche famille d'inscription (1 par famille) si les renseignements sont identiques pour chaque enfant
- Fiche d'autorisations parentales (1 par enfant)
- Attestation d'assurance individuelle accident + responsabilité civile/**extrascolaire**
- Justificatif de domicile
- Cotisation annuelle valable du 1^{er} septembre 2016 au 31 août 2017 pour tous les temps d'accueil (restauration scolaire, temps relais, Récré, mercredi et vacances) :
8 € pour les familles poisatières
12 € pour les familles non-poisatières