



FICHE FAMILLE d'inscription aux accueils de loisirs
Temps relais/Restauration scolaire/ Ateliers soir / Mercredis après-midi /
Vacances
Année scolaire 2019/2020

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

Ce formulaire est à remplir obligatoirement pour toute nouvelle demande d'inscription aux accueils de loisirs municipaux pour l'année 2019/2020.

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 le premier jour de la rentrée, la commande de repas doit se faire auprès de la restauration scolaire au plus tard le vendredi 30 août 2019 avant 10h.

RESPONSABLES LÉGAUX

| PARENT 1 | PARENT 2 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Situation : <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Concubins <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Divorcés-Séparés Autre : _____ | |
| Nom et prénom : _____ | Nom et prénom : _____ |
| Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 2019/2020

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) : **Nom de classe**

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)

Ne pas inscrire votre enfant au temps relais midi s'il est déjà inscrit à la restauration scolaire .

MATERNELLE

| | Temps relais matin 8h15-8h45 | Temps relais Midi 13h15-13h45 | Temps relais Soir 16h-16h30 | Ateliers découverte 16h30-17h30 | Ateliers Libres 17h30-18h30 |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| LUNDI | | | | | |
| MARD | | | | | |
| MERCREDI | | | | | |
| JEUDI | | | | | |
| VENDREDI | | | | | |

ÉLÉMENTAIRE

| | Temps relais Midi* 13h30-14h | Temps relais soir 15h30 ou 15h45-16h30 | Ateliers découverte 16h30-17h30 | Ateliers libres 17h30-18h30 |
|------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| LUNDI | | | (Gymnase retour 18h) | |
| MARD | | | | |
| JEUDI | | | | |
| VENDREDI | | | | |

MERCREDI APRÈS-MIDI (à partir de 13h00 – 18h)

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A l'année | <input type="checkbox"/> Occasionnellement (inscription à l'accueil du service enfance jeunesse) |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

Date :

Signature(s) :



AUTORISATIONS PARENTALES

Année scolaire 2019/2020

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 Poisat, 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 16h30)

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

des mercredis ou vacances (18h00)

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)

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

Nom et prénom : ☎ :

Nom et prénom : ☎ :

Nom et prénom : ☎ :

Nom et prénom : ☎ :

Nom et prénom : ☎ :

Observations complémentaires éventuelles

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

Fait à :

Signature(s) :

Le :

DOCUMENTS D'INSCRIPTION

Année scolaire 2019/2020

Nous vous remercions de prendre connaissance du règlement intérieur mis à disposition à l'accueil du centre de loisirs et sur le site de la commune.

Documents à compléter :

- 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)

Pièces à fournir :

- Attestation d'assurance individuelle accident + responsabilité civile/extrascolaire (en plus de celle remise à l'établissement scolaire)
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Attestation de prestations CAF ou avis d'imposition si non allocataire CAF.

- 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)
- Pour les PAI, joindre une ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments correspondants.

*L'inscription de votre enfant aux accueils de loisirs
ne sera acceptée que si votre dossier d'inscription est complet.*



| | |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019</h2> | 1 – ENFANT |
| | NOM: _____ |
| | PRÉNOM: _____ |
| | DATE DE NAISSANCE: _____ |
| | GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> |

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 - 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-indication. **Attention:** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant 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.

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

| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINE | OREILLONS | SCARLATINE |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> | oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> | oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> | oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> | oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ | |
| oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> | oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> | oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> | oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> | |

Allergies: ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

Indiquez ci-après:

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

Observations diverses:

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date:

Signature: