



FICHE FAMILLE d'inscription aux accueils de loisirs
Temps relais/Restauration scolaire/ Récré / Mercredis après-midi / Vacances
Année scolaire 2018/2019

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 2018/2019.

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 31 août 2018 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 2018/2019

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)

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 13h30 – 18h)

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

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

Date :

Signature(s) :

AUTORISATIONS PARENTALES

Année scolaire 2018/2019

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 16h30)

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

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 2018/2019

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
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Attestation de prestations CAF ou avis d'imposition si non allocataire CAF.
- Cotisation annuelle valable du 3 septembre 2018 au 31 août 2019 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
Les cotisations seront à régler à réception de la première facture.
- 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 et la participation de votre enfant aux accueils de loisirs ne seront acceptées que si votre dossier d'inscription est complet.



<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018-2019</h1>	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	--

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 2019. 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 **MEDICAMENTEUSES** 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 :