



FICHE FAMILLE d'inscription aux accueils de loisirs
 Restauration scolaire/ Temps relais / Ateliers découverte / Ateliers libres
Année scolaire 2023/2024

Nom et prénom des enfants inscrits : -----

Ce formulaire est à remplir obligatoirement pour toute nouvelle demande d'inscription aux accueils de loisirs municipaux pour l'année 2023/2024.

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 : la commande du repas pour le 1^{er} jour de classe (lundi 04 septembre), auprès de la restauration scolaire, doit se faire au plus tard vendredi 1^{er} septembre 2023 avant 10h.

Tous les champs à remplir du formulaire sont obligatoires.

RESPONSABLES LÉGAUX

| PARENT 1 | PARENT 2 |
|----------|----------|
|----------|----------|

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

Nom et prénom : -----

Autorité parentale : Oui Non

Adresse : -----

Mail : -----

Tél portable* : -----

*ou numéro joignable en journée

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 scolaire (nom, adresse et n° d'assurance) :

*La production d'une attestation d'assurance scolaire est **OBLIGATOIRE** pour inscrire votre enfant (garanties responsabilité civile, et accident corporel).*



DOCUMENTS D'INSCRIPTION

Année scolaire 2023/2024

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 scolaire (garanties responsabilité civile, et accident corporel)
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois.
- Si vous êtes allocataire CAF, votre numéro d'allocataire.
- Pour les non-allocataires CAF, afin de calculer le quotient familial, dernier avis d'imposition sur le salaire (pour chaque membre du couple pour les personnes non mariées ou les familles recomposées).

Sans ce justificatif, le tarif maximum sera appliqué.

- 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.

Protection des données personnelles

Les informations recueillies sur ce formulaire sont traitées par le service enfance jeunesse et vie associative de la Commune de Poisat dans le cadre de la gestion de l'inscription des enfants aux accueils de loisirs : restaurant scolaire/temps relais/ateliers découvertes/ateliers libres. Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public de la commune.

Vos données ne sont accessibles qu'au personnel habilité de la mairie de Poisat ; elles ne sont en aucun cas diffusées à des tiers. Ces données seront conservées pour une durée d'un an. Vous pouvez retirer votre consentement sur la diffusion du droit à l'image à tout moment. Vous pouvez également accéder aux données concernant votre enfant et vous-même, demander leur rectification, exercer votre droit à la limitation et à l'opposition au traitement de vos données. Pour exercer ces droits, ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter : la commune de Poisat coordination.cscs@ville-poisat.fr ; le délégué à la protection des données scpd@grenoblealpesmetropole.fr. Si après avoir contacté ces services, vous estimez que vos droits sur la protection des données ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).



FICHE ENFANT d'inscription aux accueils de loisirs
 Restauration scolaire/ Temps relais / Ateliers découverte / Ateliers libres
Année scolaire 2023/2024

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 – merci d'indiquer à partir du

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 – merci d'indiquer à partir du

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

ÉLÉMENTAIRE – merci d'indiquer à partir du.....

| | Temps relais Midi 13h30-14h | Temps relais Soir 15h30 ou 15h45- 16h30 | Ateliers découverte 16h30-17h30 | Ateliers Libres 17h30-18h30 |
|-----------------|-----------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| LUNDI | | | (Gymnase retour 18h) | |
| MARDI | | | | |
| JEUDI | | | | |
| VENDREDI | | | | |

Signature(s)



AUTORISATIONS PARENTALES

Année scolaire 2023/2024

Nom et prénom de l'enfant : _____

DROIT À L'IMAGE

J'autorise l'équipe d'animation à prendre des photos de mon enfant pour un usage interne et de diffusion en ligne (site internet de la Ville de Poizat, bulletin municipal, presse locale ou affichage dans les locaux). Oui Non

Si vous changez d'avis, vous pouvez nous contacter et retirer votre consentement à tout moment ; il est précisé que ce retrait ne vaut que pour l'avenir.

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

Mon enfant ne peut pas partir seul

(obligatoire pour les élèves scolarisés en maternelle).

Personnes autorisées à récupérer mes enfants

(ayant plus de 10 ans et en capacité de justifier leur identité)

Nom et prénom : _____ ☎ : _____
Nom et prénom : _____ ☎ : _____

Observations complémentaires éventuelles

Fait à _____ le _____ Signature(s) :



| | |
|---------------------------------------|--|
| FICHE SANITAIRE DE LIAISON | 1 - ENFANT |
| | NOM : _____ |
| | PRÉNOM : _____ |
| | DATE DE NAISSANCE : _____ |
| | GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> |

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR L'ENFANT.

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 OBLIGATOIRES | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole Oreillons Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Haemophilus influenzae B | |
| Ou Tétracoq | | | | Méningocoque C | |
| | | | | Pneumocoque | |
| 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 ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES 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.)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Parent 1 : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Parent 2 : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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 le responsable du service enfance jeunesse et vie associative, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :