



# Dossier Inscription Année 2023/2024 Accueil Périscolaire Maison de l'Enfance et de la Famille

DOSSIER À RENDRE A PARTIR DU 16 Août JUSQU'AU 1<sup>er</sup> Septembre 2023  
DÛMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ POUR UNE ANNÉE SCOLAIRE

## L'ENFANT

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe :  fille  garçon

Pour la rentrée 2023 : École : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

## LES PARENTS

Situation actuelle des parents :  mariés  divorcés  veuf  célibataire  vie maritale/pacsés

### Le père :

Nom-Prénom :

Adresse complète :

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

☎ N° privé : \_\_\_\_\_ N° portable : \_\_\_\_\_ N° professionnel : \_\_\_\_\_

### La mère :

Nom-Prénom :

Adresse complète (si différente du père) :

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

☎ N° privé : \_\_\_\_\_ N° portable : \_\_\_\_\_ N° professionnel : \_\_\_\_\_

Parent destinataire de la facture (n'indiquez qu'un seul parent) :

Adresse e-mail :

### Autres personnes autorisées à chercher l'enfant :

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_ ☎ N° privé : \_\_\_\_\_ N° Portable : \_\_\_\_\_

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_ ☎ N° privé : \_\_\_\_\_ N° Portable : \_\_\_\_\_

Régime Général et Fonctionnaires

Mutuelle Sociale Agricole

Maritime

Autres Régimes (EDF/GDF, SNCF, RATP)

Indiquez votre numéro d'allocataire CAF : \_\_\_\_\_ A défaut, le dernier avis d'imposition fera foi.

### (A remplir par la structure) Documents et autorisations à fournir avec le dossier d'inscription, pour qu'il soit accepté :

- Fiche d'inscription dûment remplie et signée
- Fiche sanitaire de Liaison, accompagnée d'une copie des vaccinations de l'enfant à jour
- Justificatif du Quotient Familial (attestation CAF ou dernier avis d'imposition), à rendre dès l'inscription  
L'absence de justifications entraînera une tarification au QF le plus haut
- Attestation d'assurance extra-scolaire 2023/2024 (à remettre au plus tard le jour de la rentrée en septembre)

## Inscription de l'enfant en Accueil Périscolaire

### Inscription permanente à l'année

cochez les cases :	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Soir périscolaire				

cochez les cases :	Journée + repas	Matin + repas	Repas + après-midi
Mercredi* (8h-18h15)			

\*L'accueil en demi-journée avec repas en fonction des places disponibles.

### Inscription planning à l'année

cochez les cases :	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Soir périscolaire				

cochez les cases :	Journée + repas	Matin + repas	Repas + après-midi
Mercredi* (8h-18h15)			

\*L'accueil en demi-journée avec repas en fonction des places disponibles.

**Inscription occasionnelle** : Vous devrez prévenir le responsable de l'accueil au minimum une semaine à l'avance. L'accueil de votre enfant se fera selon les disponibilités.

### Remarques

1. Les modalités pratiques d'annulation figurent dans le règlement de fonctionnement de l'accueil Maison de l'Enfance et de la Famille.
2. Le contrat est conclu pour une année scolaire complète. La rupture du contrat ne peut se faire que pour des motifs valables précisés dans le règlement de fonctionnement.
3. Régime particulier :  Halal     Sans porc     Végétarien    Autres régimes (allergie...):

## AUTORISATION PARENTALE et ENGAGEMENTS

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal, déclare exacts les renseignements portés

sur cette fiche et autorise l'enfant \_\_\_\_\_, à participer aux activités organisées par l'Accueil Périscolaire.

- J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'intervention (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ainsi que le transport d'urgence.
- Je certifie avoir pris connaissance de la grille tarifaire 2023/2024 validée par le bureau du CSC Le Galet Haute-pierre.

Lors de nos activités, nous pouvons être amenés à prendre des photos ou vidéos de votre enfant et les diffuser, notamment par voie de presse.

- J'autorise la prise et la diffusion de films ou photographies de mon enfant :     Oui     Non
- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités à 18h15 :     Oui     Non
- J'autorise mon enfant à rentrer seul à partir de ...h...les jours suivants :

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (art.34 de la loi « Informatique et Libertés »).

J'atteste que les informations portées sur ce document sont exactes

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Nom(s) et Signature(s) :

**1 – ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ GARÇON  FILLE

**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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

**3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ?  OUI  NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre au responsable de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **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, ni sans P.A.I.**

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 AIGU 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  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**.

.....

.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**  
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ : .....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**  
NOM.....PRÉNOM.....  
ADRESSE (PENDANT L'ACTIVITÉ).....

TÉL. EN CAS D'URGENCE: ..... AUTRES TÉL : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : .....

N°DE SECURITE SOCIALE DU PARENT AUQUEL L'ENFANT EST RATTACHE (OBLIGATOIRE) : .....

*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.*

**Date :** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_