



Dossier d'inscription 2017/2018

À compléter et à retourner impérativement AVANT LE 9 JUIN 2017

- Une fiche par enfant -

● Renseignements des responsables de l'enfant

Responsable n°1

Nom :
 Prénom :
 Tuteur : OUI - NON *
 Adresse :
 CP :
 Commune :
 Mail :

Responsable n°2

Nom :
 Prénom :
 Tuteur : OUI - NON *
 Adresse :
 CP :
 Commune :
 Mail :

Téléphone

Au minimum 2, dans l'ordre, pour vous contacter en cas d'urgence
 (Merci de renseigner les deux tableaux)

Numéros	Père Mère Autre			Portable - Domicile - Professionnel		
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro d'allocataire CAF - MSA - Autres * Quotient familial :

Si vous êtes allocataire, merci de fournir **impérativement** le dernier justificatif CAF ou MSA.

● Renseignements de l'enfant

Nom : Prénom : Garçon / Fille*

Date de naissance :
 Classe (rentrée 2017/2018) :

* Rayer la mention inutile

● Renseignements médicaux

Vaccinations

- Joindre une copie du carnet de vaccinations
- Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Médecin traitant

Nom : Téléphone :

Recommandations des parents

(maladies, traitements, allergies, asthme, régime, lunettes, prothèses dentaires ou auditives...)

.....

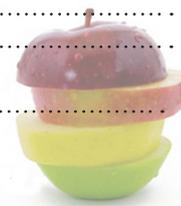
Si recommandations, quelles conduites et précautions faut-il prendre ?

.....

Projet d'accueil individualisé

Un PAI est-il mis en place pour votre enfant ?

Oui Non



● Accueil périscolaire

Mon enfant fréquentera l'accueil périscolaire : (Cocher les jours de garderie)

- Lundi Matin Après-midi Jeudi Matin Après-midi
Mardi Matin Après-midi Vendredi Matin Après-midi
Mercredi Matin Midi Occasionnel

● Restauration scolaire

Mon enfant mangera à la cantine à compter du :

- Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Occasionnel Planning*

** Le planning est à communiquer par écrit avant le 15 du mois précédent, avant 11h30*

● Temps d'activités périscolaires

- Mon enfant participera aux TAP toute l'année scolaire :
 Tous les mardis Tous les jeudis Tous les vendredis
 Mon enfant ne participera pas aux TAP toute l'année scolaire.

Autorisation de sorties :

J'autorise les personnes nommées ci-contre à récupérer mon (mes) enfant(s) :

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

Je soussigné, Mme, M.,, mère, père, tuteur*, responsable légal de l'enfant.....:

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- déclare avoir pris connaissance des règlements de la cantine, de l'accueil périscolaire et des TAP et s'engage à les respecter,
- autorise les équipes d'animation des 3 services à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions du médecin,
- m'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels, incombant à la famille,
- autorise les équipes d'animation à prendre des photos de mon enfant et à utiliser à titre gracieux ces images en interne, pour la présentation des activités ou dans la presse municipale.

Fait à :

le :
signature :