



DOSSIER D'INSCRIPTION – Année scolaire 2015/2016
NOUVELLES ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES /
RESTAURANT SCOLAIRE / ACCUEILS PÉRISCOLAIRES
École Maternelle Jean de la Fontaine

Inscription validée après remise de ce dossier au personnel de la Tuilerie

ENFANT

Nom : **Prénom :**

Fille : **Garçon :** **Date de naissance :**

Classe : Petite section Moyenne section Grande section

Responsable légal 1

Le responsable légal 1 est le destinataire redevable de tous les courriers et factures.

Responsable légal 2

Situation : Célibataire Marié Pacsé Concubinage Séparé Veuf

Autre : Divorcé Garde officielle : Père Mère Garde alternée

Père Mère Autre (préciser)

Père Mère Autre (préciser)

Nom :

Nom :

Nom de jeune fille :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

CP : Commune :

CP : Commune :

Tél domicile :

Tél domicile :

Tél portable :

Tél portable :

Tél travail :

Tél travail :

N° de sécurité sociale :

N° de sécurité sociale :

N° d'allocataire CAF :

N° d'allocataire CAF :

Adresse courriel :

Adresse courriel :

Profession :

Profession :

Nom de l'employeur :

Nom de l'employeur :

RESTAURANT SCOLAIRE

Mon enfant sera présent au restaurant scolaire : Occasionnellement Régulièrement Toute l'année

Le lundi

Le mardi

Le mercredi

Le jeudi

Le vendredi

Régime spécial : Sans viande

Sans porc

Végétarien

Autres

PAI (voir fiche de liaison sanitaire)

IMPORTANT : NOUVELLE CARTE OBLIGATOIRE À PARTIR DE SEPTEMBRE 2015

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE MATIN - SOIR

Mon enfant sera présent à l'accueil périscolaire : Occasionnellement Régulièrement Toute l'année

MATIN

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

SOIR

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

NOUVELLES ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES (NAP)

Mon enfant fréquentera les NAP de 15h à 16h30 pour l'année 2015/2016 :

Du 1er Septembre au 16 Octobre 2015 (période découverte) Lundi Jeudi

Du 02 Novembre au 18 Décembre 2015 Lundi Jeudi

Du 04 Janvier au 12 Février 2016 Lundi Jeudi

Du 29 Février au 08 Avril 2016 Lundi Jeudi

Du 25 Avril au 05 Juillet 2016 Lundi Jeudi

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

Nom de l'assuré : Nom de l'organisme d'Assurance maladie :

N° de Sécurité Sociale : Adresse de l'enfant :

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

VACCINATIONS

Merci de joindre la photocopie de la page vaccinations du carnet de santé.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L' enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? : Oui Non

Si oui, lequel :

L' enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (à cocher)

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"/>	/	Otite :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	/	Oreillons :	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"/>
Rougeole :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	/	Autres (préciser) :	

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire ? : Oui Non

Asthme : Oui Non

Si oui, préciser le traitement et la conduite à tenir :

Allergies alimentaires : Oui Non

Si oui, préciser le traitement et la conduite à tenir :

Allergies médicamenteuses : Oui Non

Si oui, préciser le traitement et la conduite à tenir :

Autres :

Indiquez ci-après les difficultés de santé et accidents qu'a connus votre enfant (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations, handicaps,...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L' enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Préciser

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise les personnes majeures désignées ci dessous à venir chercher mon enfant à la fin des Temps d'Activités Périscolaires (16h30) en cas d'empêchement de ma part, sur le site de son école habituelle :

Nom/Prénom : Tél :

Lien de parenté :

Nom/Prénom : Tél :

Lien de parenté :

Nom/Prénom : Tél :

Lien de parenté :

Je soussigné(e), Nom Prénom responsable légal de l'enfant

• autorise mon enfant à :

- participer aux activités impliquant des déplacements, qu'ils soient à pied ou en mini bus **Oui** **Non**
- être photographié ou filmé dans le cadre des activités d'accueil périscolaire, restaurant scolaire et NAP afin d'utiliser des supports de communication (journal, affiches, site web, vidéo, etc...) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale. **Oui** **Non**

• m'engage à ce que mon enfant participe de manière assidue aux activités auxquelles il est inscrit

• déclare avoir fourni tous les renseignements concernant la santé de mon enfant

• m'engage sur l'exactitude des informations portées sur cette fiche

• autorise la commune de Montchanin à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Mention « lu et approuvé »

Date :

Signature du responsable légal 1 :

Signature du responsable légal 2 :