



DOSSIER D'INSCRIPTION – Année scolaire 2015/2016  
NOUVELLES ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES /  
RESTAURANT SCOLAIRE / ACCUEILS PÉRISCOLAIRES

École primaire Paul Langevin

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

ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Fille :  Garçon :  Date de naissance : .....

Classe : CP  CE1  CE2  CM1  CM2

**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)      Mardi       Vendredi

Du 02 Novembre au 18 Décembre 2015      Mardi       Vendredi

Du 04 Janvier au 12 Février 2016      Mardi       Vendredi

Du 29 Février au 08 Avril 2016      Mardi       Vendredi

Du 25 Avril au 05 Juillet 2016      Mardi       Vendredi

## 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 mon enfant à rentrer seul : Oui  Non

Si non, 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 :