

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION
PERISCOLAIRE (matin et soir),
NOUVELLES ACTIVITES PERISCOLAIRES (NAP)
RESTAURATION SCOLAIRE
ACCUEILS DE LOISIRS (Mercredis et Vacances Scolaires)
Année scolaire 2021 / 2022

A REMPLIR PAR TOUTES LES FAMILLES

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Ecole* :Classe* :
(* pour l'année scolaire 2021/2022)

CONTENU DU DOSSIER A RETOURNER IMPERATIVEMENT :

- ☛ Fiche de Renseignements
- ☛ Inscription à l'Accueil Périscolaire (matin et soir)
- ☛ Inscription aux Nouvelles Activités Périscolaires et règlement
- ☛ Fiche Sanitaire de Liaison (également pour Accueils de Loisirs) avec :
 - Vaccins (copie du carnet de vaccinations ou attestation médicale)*
 - Attestation assurance valide 2021/2022*
- ☛ Inscription à la Restauration Scolaire

A, Le
Signature des parents,

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION
Année scolaire 2021/2022

Fiche de Renseignements

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant : Sexe : F M

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nom de l'école :

Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccinations de l'enfant ou une attestation médicale

Représentant légal – Père **Situation familiale** :

Nom et prénom : N° d'allocataire CAF ou MSA :

Adresse :

 Domicile :  Portable :

Adresse mail :

Nom et adresse de l'employeur :

.....  :

Représentant légal – Mère **Situation familiale** :


Nom et prénom : N° d'allocataire CAF ou MSA :

Adresse :

 Domicile :  Portable :

Adresse mail :

Nom et adresse de l'employeur :

.....  :

Autre Représentant légal – Tuteur, Familles d'accueil, Autres

Organisme :

Nom et prénom de la personne référente :

Fonction :

Adresse mail :  :

Une pièce d'identité pourra être demandée aux personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant

Nom et prénom : Qualité :


Adresse :

 Domicile :  Portable :

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant

Nom et prénom : Qualité :

Adresse :

 Domicile :  Portable :

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant

Nom et prénom : Qualité :

Adresse :

 Domicile :  Portable :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

L'acceptation à la restauration scolaire d'un enfant présentant des problèmes de santé et/ou d'allergie(s) alimentaire(s), est conditionnée à l'avis obligatoire du médecin scolaire et à la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.).

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) existant : Oui Non

Précisez :

Les familles doivent impérativement prendre contact avec le Centre Médico Scolaire au 05 49 98 36 16 et en informer le Guichet Unique dès la rentrée scolaire.

HANDICAP : L'enfant est-il porteur d'un handicap : Oui Non

Précisez :

En cas de handicap fournir le document MDPH

PORT DE LUNETTES : L'enfant porte-t-il des lunettes : Oui Non

Si oui, à retirer pour les activités sportives : Oui Non

AUTORISATIONS

Autorisation de consultation CAFPRO Oui Non

Autorisation d'appliquer de la crème solaire Oui Non

Autorisation d'hospitalisation d'urgence Oui Non

Autorisation de baignade Oui Non

Autorisation de délivrer des médicaments sur ordonnance Oui Non

Autorisation de diffusion de l'image/presse Oui Non

Autorisation de diffusion de l'image/réseaux sociaux Oui Non

Autorisation de diffusion de l'image/utilisation interne structure Oui Non

Autorisation de filmer/photographier Oui Non

Autorisation de rentrer seul de l'accueil de loisirs Oui Non

Autorisation de rentrer seul de l'accueil périscolaire Oui Non

Autorisation de rentrer seul de l'école Oui Non

Autorisation de rentrer seul des NAP Oui Non

Autorisation de sorties pour activités Oui Non

Autorisation de transport Oui Non

Nom de la Compagnie et N° de contrat de l'assurance responsabilité civile

INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE (matin et soir)

Nom et Prénom de l'enfant :

Ecole* :Classe* :
(* pour l'année scolaire 2021/2022)

FREQUENTATION

Régulière

Occasionnelle

Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi	
Matin	<input type="checkbox"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Matin	<input type="checkbox"/>	Matin	<input type="checkbox"/>
Soir	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>

Pour la garderie du soir, nous vous remercions de prévoir le goûter dans le sac de votre enfant.

FACTURE ELECTRONIQUE

Je possède une adresse e-mail, ma facture me sera adressée sous format électronique. Dans le cas contraire, celle-ci sera envoyée par courrier.

Date :

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »,

INSCRIPTION AUX NOUVELLES ACTIVITES PERISCOLAIRES (NAP)

Nom et Prénom de l'enfant :

Ecole :Classe :
(* pour l'année scolaire 2021/2022)

Je soussigné(e) - Nom et Prénom :

Responsable légal en qualité de père, mère, tuteur, donne l'autorisation à mon enfant de participer aux **NOUVELLES ACTIVITES PERISCOLAIRES** pour l'année scolaire 2021/2022.

Je m'engage à régler la somme de 30 € au Guichet Unique de la Mairie :

Par Chèque à l'ordre du Trésor Public à joindre à ce dossier d'inscription avant le 28 mai 2021

En Espèce à régler au Guichet Unique avant le 28 mai 2021

 Seul le paiement valide l'inscription

Date :

Signature,



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

INSCRIPTION A LA RESTAURATION SCOLAIRE

ANNEE SCOLAIRE 2021 / 2022

Nous vous informons que vous devez être à jour de vos paiements de factures de restauration pour que l'inscription de votre enfant soit validée

Nom et prénom de l'enfant : Date de naissance :

Ecole* : Classe* :
(* pour l'année scolaire 2021/2022)

JOURS DE FREQUENTATION A LA CANTINE

Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

SITUATION PARTICULIERE DE L'ENFANT

L'acceptation à la restauration scolaire d'un enfant présentant des problèmes de santé et/ou d'allergie(s) alimentaire(s), est conditionnée à l'avis obligatoire du médecin scolaire et à la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.).

➔ **Les familles doivent impérativement prendre contact avec le Centre Médico Scolaire au 05 49 98 36 16 et en informer le Guichet Unique dès la rentrée scolaire.**

Allergie alimentaire : Oui Non
Repas sans porc : Oui Non
Autres : Oui Non
Précisez.....

NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE POUR LA FACTURATION

➔ La facture est à régler à réception à la Société de Restauration ELIOR - Parc des Capucins - 86200 Loudun - 05 49 98 12 55 – Horaires d'ouverture 8h-12h/13h-16h45 ou directement par internet

➔ **TARIFS DEGRESSIFS** : Si vous habitez la commune de LOUDUN, vous pouvez bénéficier de tarifs dégressifs en fonction de vos revenus. La demande est à effectuer en mairie à chaque rentrée scolaire (pas de reconduction automatique).

Nom et prénom :

Adresse :

 Domicile :  Portable :

Adresse mail : @.....

Numéro d'allocataire CAF ou MSA (obligatoire) :

Date :

Signature,