Commune de Bining

ACCUEIL PERISCOLAIRE
et
SERVICE de RESTAURATION

Année scolaire 2023 - 2024

Bulletin d'inscription

Le dossier complet (bulletin d'inscription, fiche sanitaire, fiche autorisation prise de vue et attestation d'assurances) est à déposer à la mairie du **21 au 25 août 2023**

Madame, Monsieur :

Adresse :

Téléphone : Adresse Mail :

☐ inscrit mon (mes) enfant(s) aux services d'accueil périscolaire et de restauration

Nom Prénom	Date de naissance	Classe

☐ **Accueil du matin** (de 7h30 à 8h05)

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Occasionnellement

☐ **Accueil du soir** (de 16h00 à 18h00)

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Occasionnellement

☐ **Service de restauration**

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Occasionnellement

☐ m'engage à respecter le règlement dans son intégralité

☐ m'engage à fournir tous les documents demandés pour la constitution du dossier

Date et signature

Commune
de Bining

ACCUEIL PERISCOLAIRE et SERVICE de RESTAURATION

Année scolaire 2023 - 2024

AUTORISATIONS PARENTALES

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Noms Prénoms	Lien avec l'enfant (parents, grands-parents, amis...)	Téléphone

Concernant les enfants de l'école primaire. (Les enfants des petite, moyenne et grande section seront systématiquement accompagnés entre l'école et les services d'accueil périscolaire.)

Madame, Monsieur

Parent(s) de l'enfant scolarisé en classe de

- ☐ **autorise mon enfant à quitter seul** l'accueil périscolaire (8h05) et la cantine (13h20) pour se rendre à l'école
- ☐ **n'autorise pas mon enfant à quitter seul** l'accueil périscolaire (8h05) et la cantine (13h20) pour se rendre à l'école

Date et Signature

PHOTOGRAPHIES

Madame, Monsieur

responsables légaux de l'enfant : scolarisé en classe de

☐ **autorisons : les prises de vue représentant notre enfant seul ou en groupe, dans le cadre des activités périscolaires et l'utilisation de ces photos dans le cadre de la communication communale** : bulletin d'information, application mobile, site internet, articles de presse (médias locaux)...

☐ **n'autorisons pas les prises de vue de notre enfant durant les activités périscolaires, ni leur utilisation.**

Date Signature **mère** Signature **père**

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, les participants disposent d'un droit d'accès et de rectification de données les concernant.

Liberté • Égalité • Frat
RÉPUBLIQUE FRANÇ
MINISTÈRE DE LA JEUNES DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATI

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
Diphtérie				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 CONTREINDICATION.

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

MEDICAMENTEUSES ☐ 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 ☐ n on

.....

.....

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 :