



DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE

Service Périscolaire/extrascolaire/Restaurant scolaire

ANNÉE 2020-2021

Documents à fournir obligatoirement :

- Attestation d'assurance de responsabilité civile ou scolaire extrascolaire 2020/2021
- Photocopie du carnet de santé pages vaccinations (si nouvelles mises à jour dans l'année)
- Attestation CAF 2020

ETAT CIVIL DE L'ENFANT :

Nom : Prénom : Sexe : F M
 Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
 Age : Ecole fréquentée : Classe en sept 2020 :
 Nationalité :
 Numéro de sécurité sociale :
 Régime : CAF MSA Autre : N° allocataire CAF : QF :

RENSEIGNEMENTS SUR LES REPRESENTANTS LEGAUX :

Père Mère Autre (préciser)

REPRESENTANT 1 (destinataire des factures et parent allocataire CAF)	REPRESENTANT 2
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél. Fixe (Domicile) :	Tél. Fixe (Domicile) :
Portable :	Portable :
Tél. Professionnel :	Tél. Professionnel :
Mail :	Mail :
Personnes susceptibles de reprendre l'enfant si ce n'est pas l'un des parents (préciser le lien avec l'enfant)	
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (Merci de nous indiquer tout changement)

L'enfant suit-il un traitement médical à donner à la journée : oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice et posologie).

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

MEDECIN TRAITANT : Tél. :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de votre enfant)

Tout enfant accueilli en ALSH doit répondre aux obligations vaccinales fixées par le Code de l'Action Sociale et Familiale.

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES		
	PREMIERE INJECTION	DEUXIEME INJECTION	TROISIEME INJECTION
DT Polio			
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite			
Coqueluche			
Hépatite B			
ROR			
Méningocoque			
Infections invasives à pneumocoque			
Infections invasives à Haemophilus			

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

MALADIES	Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu
Oui									
Non									

ALLERGIES

- ASTHME : OUI NON
 - MEDICAMENTEUSES : OUI NON
- Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) / (si certificat médical, joindre une copie)

- ALIMENTAIRES : OUI NON
- Si allergies alimentaires précisez lesquelles et fournir un certificat de l'allergologue :

- AUTRES :

Un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été signé ? OUI NON

Si oui, date de signature : Le joindre impérativement à cette Fiche Sanitaire.

Votre enfant porte-il des lentilles, lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ? (Précisez)

Remarque : si votre enfant rencontre une difficulté particulière (santé, comportement, handicap...), vous pouvez contacter le responsable de la structure. Un accueil personnalisé vous sera proposé.

AUTORISATIONS :

J'autorise le responsable de la structure d'accueil à transporter et à faire donner tous soins urgents à mon enfant, en cas de nécessité constatée par un médecin. Et je m'engage à régler les frais éventuels occasionnés.

oui non

J'autorise mon enfant à utiliser tous types de transports en commun dans le cadre des activités :

oui non

J'autorise mon enfant de plus de 8 ans à quitter seul la structure :

oui non

J'autorise les prises de vue de mon enfant et la diffusion de tout ou partie des enregistrements vidéo et sonores réalisés ainsi que films, vidéogrammes, produits multimédias qui en seraient issus :

(Magazine : « Vivre à Ploemel », presse locale, site Internet www.ploemel.com).

oui non

J'autorise la publication des photos ou vidéos de mes enfants sur le Facebook du service jeunesse :

oui non

J'autorise les services de la mairie à consulter mon quotient familial sur le site CAFPRO :

oui non

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

Certifie l'exactitude de tous les renseignements cités ci-dessus.

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur 2020/2021 des services et m'engage à le respecter.

Fait à

Signature du représentant légal, précédée de la mention « lu et approuvé »

INSCRIPTION AU PERISCOLAIRE

Fréquentera l'accueil de loisirs périscolaire

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
<input type="checkbox"/> 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"/> soir	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> soir
<input type="checkbox"/> Fréquentera occasionnellement l'accueil de loisirs périscolaire				
<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas l'accueil de loisirs périscolaire				

INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE :

Fréquentera le service de restauration scolaire

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Fréquentera occasionnellement le service de restauration scolaire

Ne fréquentera pas le service de restauration scolaire

FACTURATION DES SERVICES :

Une facture mensuelle vous sera adressée à terme échu.

Vous avez la possibilité de régler votre facture :

- Par prélèvement automatique (joindre un RIB pour toute 1ère demande uniquement ou en cas de modification de coordonnées bancaires.
- Par paiement en ligne (tipi) : raccourci sur ploemel.fr : « effectuer vos démarches en ligne »
- Chèque, espèces qui doivent être adressés à la trésorerie d'AURAY – 3 avenue du Pencher – 56406 AURAY CEDEX.

A défaut d'information concernant votre quotient familial, le tarif le plus élevé sera appliqué.

La mairie ne reçoit plus de règlement

Tous les renseignements demandés sont indispensables.

Merci de tout compléter !