



CHÂTELAUDREN-PLOUAGAT

22170

FICHE INSCRIPTION SCOLAIRE /PERISCOLAIRE / FICHE SANITAIRE 2020/2021

A REMETTRE AUX SERVICES ADMINISTRATIFS MAIRIE DELEGUEE DE PLOUAGAT

ENFANT

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :/...../.....

Ecole fréquentée : publique Châtelaudren Plouagat Classe :
 parcours bilingue français - Breton Châtelaudren Classe :
 privée Plouagat Classe :

Fréquentera : **CANTINE *** OUI NON forfait 4 jours (lundi/mardi/jeudi/vendredi)
GARDERIE ** OUI NON

* /**L'inscription est obligatoire y compris pour un accueil occasionnel.

** Le nombre de places étant limité, ce service est prioritairement réservé aux enfants dont les parents travaillent ou en situation assimilée (stage, études...). (art 3 du règlement)

A compter de la rentrée scolaire 2020/2021, l'inscription et la fréquentation à l'école et aux services périscolaires sera possible dès les 3 ans de votre enfant, quelque soit l'école fréquentée.

REPRESENTANTS LEGAUX

PARENT 1 (à remplir)	PARENT 2 (à remplir)
NOM : PRENOM : Adresse : Adresse mail : Profession : Nom / adresse employeur : Situation de famille: marié <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> N° Tél domicile : N° Tél travail : N° Tél portable :	NOM : PRENOM : Adresse : Adresse mail : Profession : Nom / adresse employeur : Situation de famille: marié <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> N° Tél domicile : N° Tél travail : N° Tél portable :
AUTRE REPRESENTANT LEGAL	
NOM : PRENOM : Adresse : N° Tél domicile : N° Tél travail : N° Tél portable :	

Assurance responsabilité civile :

Nom de l'assurance:

N° du contrat :

Caisse allocation familiale : C.A.F MSA CAMIEG autre préciser :
 N° allocataire :

Adresse de la caisse :

Caisse assurance maladie (du responsable) : CPAM MSA autres préciser :

N° Sécurité social :

Adresse centre de sécurité sociale du responsable :

Problèmes de santé de votre enfant :

ASTHME : OUI NON

ALLERGIES ALIMENTAIRES : OUI NON
Si oui, lesquelles :

ALLERGIES MEDICAMENTEUSES : OUI NON
Si oui, lesquelles :

Avez-vous signé un PAI (projet d'accueil individualisé) avec l'école : oui non

Votre enfant porte-t-il : lunettes lentilles prothèses auditives prothèses dentaires

Autres problèmes de santé (précisez) :

Traitement médical :

Interventions chirurgicales (dates) :

Nom, adresse et n° Tél du médecin traitant :

..... Tél :.....

Autorisation de soins

Je soussigné(e).....

Père mère représentant légal

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise les responsables de la restauration scolaire et de l'accueil périscolaire de la commune de Châtaudren-Plouagat, à prendre le cas échéant, toutes mesures d'urgence (visite médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale d'urgence...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant :

Nom, prénom, signature

Personnes référentes

Je soussigné(e).....

Père mère représentant légal

J'autorise mon enfant.....

à quitter l'accueil périscolaire (garderie) accompagné des personnes suivantes (un justificatif d'identité pourra être demandé).

NOM - PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE

Pour tous renseignements complémentaires, adressez-vous au secrétariat de la mairie 02.96.74.10.84.

Fait à, le

Signature des parents ou représentants légaux :



RESTAURANT SCOLAIRE et GARDERIE PERISCOLAIRE : REGLEMENTS INTERIEURS



L'engagement du (des) parent(s)

Je déclare (nous déclarons) avoir pris connaissance des règlements intérieurs de la restauration scolaire et de la garderie périscolaire, et m'engage (nous engageons) à le respecter.

L'engagement de l'enfant

Je déclare avoir lu avec mes parents les REGLES DE CONDUITE des règlements intérieurs de la cantine scolaire et de la garderie périscolaire et m'engage à les respecter.

Date :/...../.....

Date :/...../.....

Signature des parents ou représentants légaux :

Signature de l'enfant :