

# Châtelaudren-Plouagat

FICHE D'INSCRIPTION SCOLAIRE — PÉRISCOLAIRE — FICHE SANITAIRE

2022-2023

À remettre aux services administratifs

Nom et Prénom de l'enfant : .....

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

Classe : .....

École :

- Publique Châtelaudren-Plouagat monolingue
- Publique Châtelaudren-Plouagat bilingue
- Privée Ste-Thérèse (Plouagat)

Fréquentera :

- La cantine :  oui (forfait 4 jours)  non
- La garderie\* :  oui  non

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

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.

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

## PARENT 1

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Adresse mail :

Profession :

Nom / adresse employeur

Situation de famille :

Marié  divorcé  vie maritale  célibataire

Tél domicile :

Tél travail :

Tél portable :

## PARENT 2

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Adresse mail :

Profession :

Nom / adresse employeur

Situation de famille :

Marié  divorcé  vie maritale  célibataire

Tél domicile :

Tél travail :

Tél portable :

## Autre représentant légal

Nom Prénom :

Adresse :

Tél domicile :

Tel portable :

Tel travail :

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  Autre  préciser :



**Problèmes de santé de votre enfant :**

Asthme :  Oui  Non

Allergies alimentaires :  Oui  Non

Si oui, lesquelles : .....  
.....  
.....

Allergies médicamenteuses :  Oui  Non

Si oui, lesquelles : .....  
.....  
.....

Avez-vous signé un PAI\* avec l'école :  Oui  Non  
\*Projet d'Accueil Individualisé

Votre enfant porte-t-il :

lunettes  lentilles  prothèse auditives  prothèse dentaires

Autres problèmes de santé (précisez):

.....  
.....  
.....

Traitement médical :

.....  
.....

Interventions chirurgicales (dates) :

.....  
.....

Vaccin	Date 1	Date 2	Date 3	Rappel
DT Polio				

**Médecin traitant**

Nom : ..... Tel : .....

Adresse : .....

**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 Châtelaudren-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 Prénom	Adresse	Téléphone

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 :

