DOSSIER D'INSCRIPTION

ACCUEIL PERISCOLAIRE (APS) ☐

RESTAURATION SCOLAIRE ☐

ANNEE SCOLAIRE _____

IDENTITÉ DE L'ENFANT À INSCRIRE

Ecole fréquentée	Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Fille/ Garçon	Date de naissance

RESPONSABLE(S) LÉGAL DE L'ENFANT

	Responsable Légal 1	Responsable Légal 2	Famille d'accueil/autres
Nom - Prénom			
Adresse			
Téléphone			
Nom de l'employeur			
Téléphone Pro			
Mail			
N° allocataire (*) (CAF/MSA)			

(*) Si allocataire MSA, fournir le montant du quotient familial en cours

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS

Marié ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Vie Maritale ☐ Veuf ☐ célibataire ☐ Pacsé ☐

SI GARDE ALTERNEE, PRECISER LE PAYEUR ET LE CALENDRIER :

SEMAINE RESPONSABLE 1 :……
SEMAINE RESPONSABLE 2 :……..

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

	Contact 1	Contact 2
Nom		
Prénom		
Téléphone		
Lien de famille		

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise les prises de vue et l'utilisation des images de mon enfant : ☐ OUI ☐ NON
J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale pour mon enfant : ☐ OUI ☐ NON

INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

Votre enfant fréquentera les accueils périscolaires (garderie) du matin ou du soir dans l'année scolaire :
☐ OUI ☐ NON

Si oui, veuillez compléter la fiche sanitaire de liaison jointe.

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

	Tous les jours	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Occasionnellement	Panier-repas*
Restauration scolaire							

(*)En cas d'allergie alimentaire validée par un P.A.I. – A préciser auprès du service Enseignement

Si vous souhaitez des repas sans porc, cocher cette case ☐
Si vous souhaitez des repas végétariens, cocher cette case ☐

RAPPEL

Restauration scolaire : Les réservations et annulations de cantine se font exclusivement en mairie au service Enseignement, **au plus tard la veille avant 10h** (ex : le vendredi avant 10h pour le lundi). En cas d'absence maladie, le repas du jour d'absence est facturé.
En cas d'allergies : l'acceptation à la restauration d'un enfant présentant des allergies alimentaires est conditionnée à l'avis obligatoire du médecin scolaire et à la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.). Prendre contact avec le Centre médico-scolaire : 02 40 81 05 04.
Pour les familles domiciliées à l'extérieur et assujetties à la Cotisation Foncière des Entreprises sur Châteaubriant, fournir un justificatif à chaque rentrée scolaire.

Accueil périscolaire : le dossier d'inscription aux accueils périscolaires est obligatoire pour que votre enfant puisse y accéder. Il y sera accueilli le matin comme le soir, même si cela n'était pas initialement prévu. Les parents devront prévoir un goûter pour les enfants susceptibles de rester en garderie du soir.

Pour nous contacter : 02 40 81 52 16 - 02 40 81 52 25 - affaires.scolaires@ville-chateaubriant.fr

ENGAGEMENT DU REPRÉSENTANT

Je soussigné, _____, certifie exact les renseignements portés sur ce dossier d'inscription et m'engage à prévenir la mairie en cas d'absence de mon enfant.

Le : Signature

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

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 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
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 ☐ 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 :