ACCUEIL et LOISIRS
PLESNOIS
59, Rue Jeanne d'Arc
57140 PLESNOIS
06 05 06 10 90

ANNEE SCOLAIRE 2019 / 2020
DOSSIER INSCRIPTION PERISCOLAIRE

Nom de Famille : _____

RESERVE A L'ADMINISTRATION

Date d'arrivée : _____ Où : _____

Dossier Complet : **O** Oui **O** Non

Nombre de fiche enfant dans le dossier : _____

Inscription Annuelle Périscolaire : **O** Oui **O** Non
Ordre de Priorité : **O** 1 **O** 2 **O** 3 **O** 4 **O** 5 **O** 6 **O** 7 **O** 8

Pièces manquantes :

O Fiche du Foyer
O Fiche Enfant
O Fiche Sanitaire
O Photocopies des vaccinations
O Notification CAF
O Photocopies Feuilles d'Imposition
O Attestation d'Assurance

Dossier saisi le : _____

QF : _____

LE DOSSIER D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE SE DECOMPOSE EN PLUSIEURS PARTIES :

- La Fiche du Foyer (au verso de cette feuille)
- Les Fiches d'inscription enfant (une fiche par enfant)
- Les Fiches Sanitaires (au verso de la Fiche d'inscription enfant, également une fiche par enfant)
- Un exemplaire du règlement intérieur (à lire et à conserver)
- Une Fiche d'Inscription Annuelle Périscolaire (à utiliser obligatoirement pour les prestations du midi)

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS

ACCUEIL ET LOISIRS PLESNOIS

06.05.06.10.90

ACCUEIL et LOISIRS
PLESNOIS
59, Rue Jeanne d'Arc
57140 PLESNOIS
06 05 06 10 90

FICHE DU FOYER

Père

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° SS : _____

Adresse : _____

_____

Profession : _____

Employeur : _____

Lieu de travail : _____

Mère

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° SS : _____

Adresse : _____

_____

Profession : _____

Employeur : _____

Lieu de travail : _____

Situation familiale :

O Célibataire **O** Marié **O** Pacsé **O** Vie Maritale

O Séparé **O** Divorcé **O** Veuf

Mode de garde des enfants : _____

En cas de litige, quel parent a la garde des enfants : _____

Y'a t-il une décision de justice concernant l'enfant ? **O** oui (à fournir) **O** non

(Informations nécessaires pour des raisons de sécurité dans certaines situations)

Organisme versant les prestations familiales :

O CAF O MSA O Autre : _____

N° allocataire : _____

ATTENTION :
La Facturation alternée (parents séparés ou divorcés) nécessite que chaque parent redevable fasse son dossier.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____ , certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent dossier d'inscription et je m'engage à signaler tout changement. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et du règlement intérieur et ce pour les différents services pour lesquels je demande l'inscriptions de mon (mes) enfant(s) et déclare accepter ces modalités.

Date :

Signatures des Parents, précédées des mentions "lu et approuvé" :

ACCUEIL et LOISIRS
PLESNOIS
59, Rue Jeanne d'Arc
57140 PLESNOIS
06 05 06 10 90

FICHE D'INSCRIPTION ENFANT

Nom : _____ Prénom (s) : _____

Date de naissance : _____ Sexe : **O** M **O** F

Lieu de naissance : _____ Dpt / Pays : _____

VIE SCOLAIRE

Première scolarisation : **O** Oui **O** Non Première Inscription Périscolaire / Extrascolaire : **O** Oui **O** Non

Ecole : _____

Classe : _____ Enseignant (e) : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Allergie(s) alimentaire(s) : **O** Non **O** Oui, précisez _____

Allergie(s) médicamenteuse(s) : **O** Non **O** Oui, précisez _____

Allergie(s) autre(s) : **O** Non **O** Oui, précisez _____

Projet d'accueil individualisé : **O** Non **O** Oui, l'enfant a un PAI (1)

Contre-indication médicale : **O** Non **O** Oui, précisez _____

Observations : _____

(1) Pour toutes formes d'allergies, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant la mise en place d'un PAI est obligatoire. Contacter le Directeur.

RESPONSABLES DE L'ENFANT

	O Père **O** Mère	**O** Père **O** Mère
Nom		
Prénom		
Adresse		
Téléphone 1		
Téléphone 2		
Téléphone Pro.		
Adresse Mail		

AUTRE(S) CONTACT(S) AUTORISE(S)
(à venir chercher l'enfant et être prévenu en cas d'urgence)

	Contact 1	Contact 2	Contact 3
Nom			
Prénom			
Lien avec l'enfant (1)			
Adresse			
Téléphone			
Portable			
Observations			

(1) Lien avec l'enfant (nourrice, frère, sœur, etc...) de préférence majeur

AUTORISATIONS PARENTALES

AUTORISE O **N'AUTORISE PAS** O mon enfant

A participer aux différentes activités organisées par l'association Accueil et Loisirs Plesnois pour la période du 01 septembre 2019 au 31 août 2020.

AUTORISE O **N'AUTORISE PAS** O l'association Accueil et Loisirs Plesnois

A utiliser l'image photographique(panneau d'affichage, site Internet, presse locale...) de mon enfant dans le cadre des différentes activités périscolaires, mercredis récréatifs ou semaines d'accueil de loisirs organisés durant les vacances scolaires pour la période du 01 septembre 2019 au 31 août 2020.

AUTORISE O **N'AUTORISE PAS** O mon enfant

A prendre un bus ou un minibus 9 places dans le cadre des différentes activités périscolaires, mercredis récréatifs ou semaines d'accueil de loisirs organisés durant les vacances scolaires pour la période du 01 septembre 2019 au 31 août 2020.

AUTORISE O **N'AUTORISE PAS** O mon enfant

A quitter seul l'accueil périscolaire ou tout autre activité à laquelle il aura participé et ce pour la période du 01 septembre 2019 au 31 août 2020 et ce sous couvert de ma responsabilité.

AUTORISE O **N'AUTORISE PAS** O l'association Accueil et Loisirs Plesnois

A faire donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état, y compris une intervention chirurgicale, à le transporter dans un véhicule de secours, et à le faire hospitaliser et ce pour la période du 01 septembre 2019 au 31 août 2020.

CERTIFIE que mon enfant SAIT NAGER, NE SAIT PAS NAGER (rayer la mention inutile)

Date : SIGNATURE :

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Copie des Vaccinations Obligatoire

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑ MÉDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑

ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC… PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, ...responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Copsint 01 64 66 3000