

ETABLISSEMENT  
SCOLAIRE

HENRI BARBUSSE

LOUIS ARAGON

IDENTIFIANT FAMILLE

# DOSSIER D'INSCRIPTION

*à retourner en Mairie*

## ANNÉE SCOLAIRE 2017/2018

RESTAURATION SCOLAIRE / ACCUEIL PÉRISCOLAIRE / PASS' TON MERCREDI

NOM DE LA FAMILLE :



PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER :

*Encadré réservé à l'administration*

- Carte d'identité de l'enfant ou livret de famille
- Justificatif de domicile
- Avis d'imposition 2016 (revenus 2015) du foyer fiscal
- Attestation d'assurance (scolaire et/ou extrascolaire, responsabilité civile)
- Attestation sur l'honneur (pour les parents isolés)
- Attestation(s) employeur(s) (Pass' ton Mercredi)
- Photocopie des vaccinations du carnet de santé (Accueil de Loisirs)

# INFORMATIONS FAMILLE

## Responsable 1

## Responsable 2

<b>NOM ET PRÉNOM</b>	.....	.....
<b>ADRESSE COMPLÈTE</b>	.....	.....
	CP / _ / _ / _ / _ / Ville .....	CP / _ / _ / _ / _ / Ville .....
<b>TÉL. DOMICILE</b>	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /
<b>TÉL. PORTABLE</b>	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /
<b>SITUATION FAMILIALE</b>	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Autre, à préciser .....	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Autre, à préciser .....
<b>PROFESSION</b>	.....	.....
<b>EMPLOYEUR</b>	.....	.....
<b>TÉL. PROFESSIONNEL</b>	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /
<b>RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE</b>	<input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> autres : .....	<input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> autres : .....
<b>N° ALLOCATAIRE CAF</b>	.....	.....

## INFORMATIONS SUR LA FACTURATION

JE SOUHAITE RECEVOIR MA FACTURE DE FAÇON DÉMATÉRIALISÉE :  oui    non

### Responsable 1

### Responsable 2

**DESTINATAIRE DE LA FACTURE\***



**ADRESSE MAIL**

.....

.....

\*la facture sera envoyée à l'adresse postale mentionnée dans l'encart du responsable désigné ou à l'adresse mail ci-dessus en cas de facture dématérialisée.

## PERSONNE(S) DE CONFIANCE

Un maximum de 3 contacts est demandé, en dehors du (des) parent(s) de l'enfant déjà mentionné(s) sur le dossier.

		à contacter en cas d'urgence	autorisé à venir chercher mon (mes) enfant(s)
<b>NOM ET PRÉNOM</b>	.....		
<b>LIEN AVEC L'ENFANT</b>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TÉL. DOMICILE</b>	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /	<b>TÉL. PORTABLE</b>	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /
<b>NOM ET PRÉNOM</b>	.....		
<b>LIEN AVEC L'ENFANT</b>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TÉL. DOMICILE</b>	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /	<b>TÉL. PORTABLE</b>	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /
<b>NOM ET PRÉNOM</b>	.....		
<b>LIEN AVEC L'ENFANT</b>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TÉL. DOMICILE</b>	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /	<b>TÉL. PORTABLE</b>	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ /

# INFORMATIONS ENFANT(S)

	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant
<b>NOM</b>	.....	.....	.....
<b>PRÉNOM</b>	.....	.....	.....
<b>SEXE</b>	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
<b>DATE DE NAISSANCE</b>	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /
<b>ECOLE</b>	.....	.....	.....
<b>CLASSE</b>	.....	.....	.....
<b>ENSEIGNANT</b>	.....	.....	.....
<b>ASSURANCE</b>	.....	.....	.....
<b>N° CONTRAT</b>	.....	.....	.....

## AUTORISATIONS DIVERSES

	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant
<b>AUTORISÉ(E) À RENTRER SEUL(E) (1)</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>DROIT À L'IMAGE (2)</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>TRANSPORT POUR LE PTM (3)</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>SOINS D'URGENCE (4)</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

(1) autorisation à partir seul, uniquement à l'issue du temps d'accueil périscolaire.

(2) utilisation de photos, vidéos de mon (mes) enfant(s) prises au cours des activités périscolaires ou extrascolaires, sur les différents supports de communication de la ville (site internet, guide pratique, bulletin municipal...).

(3) autorisation à véhiculer mon (mes) enfant(s), uniquement dans le cadre du Pass' ton Mercredi pour les enfants de l'école Henri Barbusse, dès 12h, en minibus ou à pied, sous la responsabilité des animateurs communaux.

(4) autorisation à prendre, en cas d'urgence, les mesures rendues nécessaires (diagnostiquées par le médecin) pour la santé de mon (mes) enfant(s).

## INSCRIPTIONS AUX SERVICES PÉRISCOLAIRES

	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant
<b>ACCUEIL PÉRISCOLAIRE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RESTAURATION SCOLAIRE</b>	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Régulier
	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Occasionnel
<b>RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER</b>	..... .....	..... .....	..... .....
<b>PASS' TON MERCREDI</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au fonctionnement des services municipaux. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, ainsi que, pour des motifs légitimes, un droit d'opposition au traitement informatique de ces données, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à la Mairie, 7 rue de la Mairie - 63670 LE CENDRE.

## INFORMATIONS SANITAIRES ET VACCINATIONS

	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant
<b>MÉDECIN TRAITANT</b>	.....	.....	.....
<b>ADRESSE</b>	.....	.....	.....
<b>TÉL</b>	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /
<b>VACCINATIONS</b>	à jour	à jour	à jour
<b>DIPHTÉRIE</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>TÉTANOS</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>POLIOMYÉLITE</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant
<b>ALLERGIES (5)</b>	à préciser	à préciser	à préciser
<b>MÉDICAMENTEUSE</b>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
<b>ALIMENTAIRE</b>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
<b>ASTHME</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>AUTRES :</b>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
<b>PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) (6)</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>TRAITEMENT MÉDICAL (7)</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>DIFFICULTÉS ÉVENTUELLES DE SANTÉ (8)</b>	.....	.....	.....
<b>RECOMMANDATIONS UTILES (9)</b>	.....	.....	.....

(5) si oui, **joindre un certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

(6) si oui, **joindre le protocole** au présent dossier.

(7) en cas de traitement médical (ponctuel ou régulier), joindre obligatoirement l'**ordonnance** et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

(8) indiquer les difficultés éventuelles de santé de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation...) en précisant les dates et **précautions à prendre**.

(9) informations que vous jugerez utiles à communiquer.

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), .....

certifie avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement des différents services périscolaires ;

déclare exact l'ensemble des informations sur ma situation et mes revenus portés dans ce dossier. Je m'engage à signaler tout changement (situation familiale, professionnelle ou d'allocataire CAF) intervenu en cours d'année, auprès du service accueil de la Mairie.

Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal.

Fait à

le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature

# TEMPS D'ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES

IDENTIFIANT FAMILLE

NOM DE LA FAMILLE :

	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant
NOM	.....	.....	.....
PRÉNOM	.....	.....	.....
DATE DE NAISSANCE	/ / /	/ / /	/ / /
AUTORISÉ(E) À RENTRER SEUL(E) à l'issue de l'activité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

## GRUPE SCOLAIRE LOUIS ARAGON

	1 <sup>er</sup> enfant			2 <sup>ème</sup> enfant			3 <sup>ème</sup> enfant		
	Période n°1	Période n°2	Période n°3	Période n°1	Période n°2	Période n°3	Période n°1	Période n°2	Période n°3
<b>MATERNELLES</b>									
ARTS DU CIRQUE	<input type="checkbox"/> (lundi)			<input type="checkbox"/> (lundi)			<input type="checkbox"/> (lundi)		
JEUX THÉÂTRAUX	<input type="checkbox"/> (mardi)			<input type="checkbox"/> (mardi)			<input type="checkbox"/> (mardi)		
SPORTS COLLECTIFS		<input type="checkbox"/> (vendredi)			<input type="checkbox"/> (vendredi)			<input type="checkbox"/> (vendredi)	
ARTS PLASTIQUES			(lundi) <input type="checkbox"/>			(lundi) <input type="checkbox"/>			(lundi) <input type="checkbox"/>
<b>ÉLÉMENTAIRES</b>									
GRAVURE	<input type="checkbox"/> (lundi)			<input type="checkbox"/> (lundi)			<input type="checkbox"/> (lundi)		
THÉÂTRE		<input type="checkbox"/> (jeudi)			<input type="checkbox"/> (jeudi)			<input type="checkbox"/> (jeudi)	
ULTIMATE/ KINBALL			(mardi) <input type="checkbox"/>			(mardi) <input type="checkbox"/>			(mardi) <input type="checkbox"/>

## GRUPE SCOLAIRE HENRI BARBUSSE

	1 <sup>er</sup> enfant			2 <sup>ème</sup> enfant			3 <sup>ème</sup> enfant		
	Période n°1	Période n°2	Période n°3	Période n°1	Période n°2	Période n°3	Période n°1	Période n°2	Période n°3
<b>MATERNELLES</b>									
SPORTS COLLECTIFS	<input type="checkbox"/> (vendredi)			<input type="checkbox"/> (vendredi)			<input type="checkbox"/> (vendredi)		
ARTS DU CIRQUE		<input type="checkbox"/> (lundi)			<input type="checkbox"/> (lundi)			<input type="checkbox"/> (lundi)	
JEUX THÉÂTRAUX		<input type="checkbox"/> (mardi)			<input type="checkbox"/> (mardi)			<input type="checkbox"/> (mardi)	
ARTS PLASTIQUES			(jeudi) <input type="checkbox"/>			(jeudi) <input type="checkbox"/>			(jeudi) <input type="checkbox"/>
<b>ÉLÉMENTAIRES</b>									
THÉÂTRE	<input type="checkbox"/> (jeudi)			<input type="checkbox"/> (jeudi)			<input type="checkbox"/> (jeudi)		
GRAVURE		<input type="checkbox"/> (lundi)			<input type="checkbox"/> (lundi)			<input type="checkbox"/> (lundi)	
ULTIMATE/ KINBALL			(vendredi) <input type="checkbox"/>			(vendredi) <input type="checkbox"/>			(vendredi) <input type="checkbox"/>

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), .....

certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et de la facturation des Temps d'Activités Périscolaires ;

atteste que les informations contenues dans le dossier périscolaire (personnes de confiance, autorisations diverses et renseignements médicaux) n'ont pas changé.

Fait à

le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature