



Ponteilla-Nyls
Cultivons l'avenir

DOSSIER D'INSCRIPTION 2016/2017

- Restauration Scolaire
- Garderie
- Temps d'Activités Périscolaires (TAP)
- ALSH Accueil de loisirs

Dossier à retourner en Mairie avant le **15 JUILLET 2016**

ORGANISATION RENTREE SCOLAIRE 2016/2017

Primaire

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Garderie Matin 7h30/8h30	Garderie Matin 7h30/8h30	Garderie Matin 7h30/9h00	Garderie Matin 7h30/8h30	Garderie Matin 7h30/8h30
Ecole 8h30/12h00	Ecole 8h30/12h00	Ecole 9h00/12h00	Ecole 8h30/12h00	Ecole 8h30/12h00
Cantine	Cantine	Cantine	Cantine	Cantine
Ecole 14h00/15h45	Ecole 14h00/15h45	ALSH 13h30/18h30	Ecole 14h00/15h45	Ecole 14h00/15h45
TAP 15h45/17h15	Garderie 15h45/17h15		TAP 15h45/17h15	Garderie 15h45/17h15
Garderie Soir 17h15/18h30	Garderie Soir 17h15/18h30		Garderie Soir 17h15/18h30	Garderie Soir 17h15/18h30

Maternelle

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Garderie Matin 7h30/8h45	Garderie Matin 7h30/8h45	Garderie Matin 7h30/9h00	Garderie Matin 7h30/8h45	Garderie Matin 7h30/8h45
Ecole 8h45/12h00	Ecole 8h45/12h00	Ecole 9h00/12h00	Ecole 8h45/12h00	Ecole 8h45/12h00
Cantine	Cantine	Cantine	Cantine	Cantine
Ecole 13h45/15h45	Ecole 13h45/15h45	ALSH 13h30/18h30	Ecole 13h45/15h45	Ecole 13h45/15h45
Garderie 15h45/17h15	TAP 15h45/17h15		Garderie 15h45/17h15	TAP 15h45/17h15
Garderie Soir 17h15/18h30	Garderie Soir 17h15/18h30		Garderie Soir 17h15/18h30	Garderie Soir 17h15/18h30

ETAT CIVIL DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :
Date de Naissance : Lieu :
Ecole : Classe :

RESPONSABLE DE L'ENFANT:

Nom (Père) :	Nom (Mère) :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Profession :	Profession :
Tél :	Tél :
Port :	Port :
Mail :	Mail :
N° CAF :	Q. F. :
N° MSA :	Q. F. :

Personne(s) à joindre en cas d'urgence:

NOM :	NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :	Lien de parenté :
Tél :	Tél :	Tél :

Personnes Autorisées à Récupérer l'Enfant :

NOM :	NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :	Lien de parenté :
Tél :	Tél :	Tél :

Droit à l'image:

- J'autorise la Municipalité à utiliser l'image de mon enfant dans le **cadre de la restauration scolaire, garderie, TAP et ALSH** et sa diffusion sur tout support, limitée à la promotion des activités assurées par le service.
-

Enfant Autorisé à Rentrer Seul (pour les primaires uniquement)

TAP : OUI NON

ALSH: OUI NON

Mercredi après restauration : OUI NON

Garderie Matin et/ou Soir : OUI NON

Autorise l'enfant désigné à participer à toutes les activités et sorties des TAP, ALSH

OUI NON

Les parents déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur à consulter sur le site internet de la Mairie.

Restauration scolaire Garderie Matin et/ou Soir TAP ALSH

Règlement lu et approuvé le.....

Certifie l'exactitude des informations ci-dessous:

Signature:

RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:

L'enfant suit 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 déjà eu les maladies suivantes?

Rubéole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Angine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Otite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oreillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Allergies: Asthme : OUI NON Médicamenteuses: OUI NON

Alimentaire : OUI NON Autres:

Précisez la cause de l'allergie et de 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.

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires habitude alimentaire etc... Précisez.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné (Mme/M.)....., responsable de l'enfant..... en classe deécole de déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date et Signature:

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)	
ouTétracoq					
BCG					

DOCUMENTS A FOURNIR POUR TOUTE INSCRIPTION

- Attestation Assurance (accident et responsabilité civile)
- Photocopies vaccins (carnet de santé)
- Certificat médical (modèle ci-dessous)

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteurcertifie que l'enfant :

Non.....Prénom.....est à jour des vaccins OUI NON

Date et Signature:

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE OUI NON

Si oui, se reporter à la fiche correspondante

INSCRIPTION AUX TAP OUI NON

Les programmes sont consultables sur le site de la Mairie (www.mairie-ponteilla-nyls.fr)
L'inscription à un cycle vaut engagement pour la période complète

PERIODES	A cocher
Cycle 1 : du 1 ^{er} septembre au 16 octobre 2016	
Cycle 2 : du 2 novembre au 18 décembre 2016	
Cycle 3 : du 4 janvier au 19 février 2017	
Cycle 4 : du 7 mars au 15 avril 2017	
Cycle 5 : du 2 mai au 30 juin 2017	

INSCRIPTION LES MERCREDIS APRES-MIDI A L'ALSH OUI NON

Si oui, se reporter à la fiche correspondante

INSCRIPTION TRIMESTRIELLE A LA GARDERIE OUI NON

Si oui, se reporter à la fiche correspondante

	Inscription aux 3 créneaux horaires	Matin	15h45 - 17h15	Soir
Prix au trimestre	30.00 €	15.00 €	15.00 €	15.00 €

1^{er} trimestre : Septembre à Décembre

2^{ème} trimestre : Janvier à Mars

3^{ème} trimestre : Avril à Juillet

INSCRIPTION A L'ALSH OUI NON

Si oui, se reporter à la fiche correspondante

Période d'ouverture:

- Vacances de Toussaint
- Vacances d'Hiver
- Vacances de Printemps
- Vacances d'Eté

L'inscription à une période choisie vaut engagement pour toute la durée de la période.

Pour toute inscription, contacter Mme Corinne Bonnery au 06-73-58-78-12

Pour tout renseignement s'adresser à la mairie au 04-68-53-06-70

DELEGATION DE POUVOIR

Je soussigné(e) (NOM, PRENOM)....., autorise les personnels municipaux, en cas de nécessité, toute décision relative au transport et /ou l'hospitalisation de l'enfant jugée nécessaire par les services de soins compétents, en fonction de l'état de santé de mon enfant ou en cas d'impossibilité de me joindre ou d'obtenir de notre médecin de famille.

Date et Signature du (ou des) responsable(s) de l'enfant



Pontzeilla-Nyls
Cultivons l'avenir

INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE ANNEE SCOLAIRE 2016-2017

MATERNELLE
PRIMAIRE

Je souhaite que mon enfant, (NOM, Prénom).....,
Né(e) le à
Scolarisé(e) en classe de
fréquente le restaurant scolaire de la façon suivante :

Régulière au forfait pour toute l'année scolaire

LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI

5 jours/semaine = 60.00 €/mois	4 jours/semaine = 48.00 €/mois	3 jours/semaine = 36.00 €/mois
2 jours/semaine = 24.00 €/mois	1 jour/semaine = 12.00 €/mois	

J'opte pour le prélèvement automatique

Je m'engage à régler directement en Mairie avant le 10 du mois de consommation

Occasionnelle ou variable 4.00 € le repas
Sous réserve de présentation du planning de réservation 10 jours avant la date d'inscription
Je m'engage au paiement à l'unité de ces repas en Mairie avant le 10 du mois de consommation

LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI

Si allergie alimentaire les parents informent l'établissement scolaire afin de mettre en place un Projet Accueil Individualisé.

Pièces à fournir à l'inscription :

- **Justificatifs d'emploi des parents (contrat de travail ou bulletins de salaire)**
- **Chèque correspondant au mois de consommation**
- **RIB si option prélèvement**

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Date et Signature du responsable de l'élève

INSCRIPTION A LA GARDERIE ANNEE SCOLAIRE 2016-2017

MATERNELLE

PRIMAIRE

Je souhaite que mon enfant, (NOM, Prénom).....
Né(e) le à
Scolarisé(e) en classe de
fréquente la garderie (Matin et/ou Soir) :

J'opte pour les 3 créneaux horaires

J'opte pour le service ci-dessous

MATIN 15H45 A 17H15 SOIR

PRIX AU TRIMESTRE		3 créneaux horaires : 30.00 € (soit Matin, 15h45 à 17h15, et Soir)
Matin : 15.00 €	15h45-17h15 : 15.00 €	Soir : 15.00 €

1^{er} trimestre : Septembre à Décembre

2^{ème} trimestre : Janvier à Mars

3^{ème} trimestre : Avril à Juillet

J'opte pour le prélèvement automatique

Je m'engage à régler directement en Mairie avant le 10 du mois de consommation

Pièces à fournir à l'inscription :

- **Chèque correspondant au 1^{er} trimestre**
- **Rib si option prélèvement**

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Date et Signature du responsable de l'élève

