

NOM.....

PRENOM.....

CLASSE.....



Ponteilla-Nyls
Cultivons l'avenir

DOSSIER D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE.

2018/2019



TEMPS PERISCOLAIRE MATIN ET/OU SOIR

PAUSE MERIDIENNE

ETUDE SURVEILLEE

ADRESSE MAIL.....

Dossier à retourner en Mairie avant le 15 juillet 2018

POUR UNE BONNE ORGANISATION MERCI DE BIEN VOULOIR RESPECTER LA DATE BUTOIR.

Les dossiers d'inscriptions sont disponibles sur le site de la Mairie (www.mairie-ponteilla-nyls.fr)

Pour tout renseignement ou inscription, contacter le 04/68/53/72/27

ou par mail : dej@mairie-ponteilla-nyls.fr

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 :

N° CAF :

N° CAF :

N° MSA :

N° MSA :

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, temps périscolaire Matin et/ou Soir**, 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)

TEMPS PERISCOLAIRES : OUI NON ETUDE SURVEILLEE

Autorise l'enfant désigné à participer à toutes les activités.

TEMPS PERISCOLAIRES : OUI NON

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

Pause méridienne Temps périscolaire Matin et/ou Soir Etude surveillée.

Règlement lu et approuvé le.....

Certifie l'exactitude des informations ci-dessus :

Signature :



NOM :.....

PRENOM:.....

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 sante (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

RECOMMADATIONS UTILES DES PARENTS

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

Précisez.....

.....

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 |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| ou DT polio | | | | L'Haemophilus influenzae B | |
| ouTétracoq | | | | | |
| BCG | | | | Autres (préciser) | |

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:

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



Ponteilla-Nyls
Cultivons l'avenir

- TEMPS PERISCOLAIRE MATIN ET/OU SOIR
-ETUDE SURVEILLEE-PAUSE MERIDIENNE

-RECAPITULATIF DES PIECES A FOURNIR :

*LES FICHES D'INSCRIPTIONS DUMENT REMPLIES RECTO/VERSO.

*1^{ER} CHEQUE PAUSE MERIDIENNE/PERISCOLAIRE MATIN/SOIR/ETUDE SURVEILLEE.

* SI OPTION PRELEVEMENT RIB + MANDAT. LE PRELEVEMENT PRENDRA EFFET A PARTIR DU MOIS SUIVANT.

* JUSTIFICATIFS D'EMPLOI DES PARENTS
(CONTRAT DE TRAVAIL OU BULLETINS DE SALAIRE)

* ATTESTATION ASSURANCE (ACCIDENT ET RESPONSABILITE CIVILE)
SI VOUS NE L'AVEZ PAS TRANSMIS.

Le Maire
Rolland THUBERT



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