



# DOSSIER D'INSCRIPTION AUX SERVICES RESTAURATION SCOLAIRE, PÉRISCOLAIRE ET CENTRE DE LOISIRS 2023-2024

Date de la rentrée scolaire : lundi 4 septembre 2023

## FICHE ADMINISTRATIVE

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	classe

**Ecole fréquentée** : école maternelle de Montmirail , école élémentaire de Montmirail , école de Fromentières , école primaire Le Gault-Soigny , école de Charleville

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Date de naissance : / / Qualité du responsable : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre Précisez : Profession : Employeur :  Situation familiale : Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/>  Adresse :  Tél portable : Tel professionnel : Email : <b>Responsable à facturer</b> : <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Date de naissance : / / Qualité du responsable : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre Précisez : Profession : Employeur :  Situation familiale : Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/>  Adresse :  Tél portable : Tel professionnel : Email : <b>Responsable à facturer</b> : <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non

### FACTURATION

Organisme versant les prestations familiales : CAF  MSA  N° Allocataire (CAF / MSA) : .....  
Revenu fiscal de référence 2022 « sur revenu 2021 » (du foyer) \* : .....  
*\*(Fournir l'avis d'imposition correspondant)*

### Inscription Restauration scolaire

**Inscription à compter du** : .....

Cochez la ou les cases selon vos besoins :

Lundi	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>
Planning (à fournir impérativement 15 jours avant la période)	<input type="checkbox"/>

<b>Observations particulières :</b> <input type="checkbox"/> Repas sans porc <input type="checkbox"/> Repas végétarien <input type="checkbox"/> PAI (allergie origine alimentaire – à préciser) : .....
---

Souhaitez-vous inscrire votre enfant au périscolaire (semaine) : Oui  Non

Inscription à compter du : .....

Si oui,

Périscolaire fréquentée : **Montmirail**  **Fromentières**  **Le Gault Soigny**

Fréquentera l'accueil périscolaire : **Régulièrement**  **Occasionnellement**  **Selon un planning**

Jours de présence :

	<i>Matin</i>	<i>Après-midi</i>
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Responsable à facturer : Responsable 1  Responsable 2

Souhaitez-vous inscrire votre enfant **les mercredis** : Oui  Non   
 Régulièrement  Occasionnellement  Planning

Souhaitez-vous inscrire votre enfant pendant **les vacances scolaires** : Oui  Non  Ne sait pas

PERSONNE AUTORISÉE\* A RÉCUPÉRER L'ENFANT A LA PLACE DES PARENTS

NOM- PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE

ACCEPTATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES SERVICES ET DROIT A L'IMAGE

Le présent document vaut inscription et acceptation des règlements intérieurs ainsi que du règlement général de protection des données.

Je soussigné .....responsable légal de l'enfant  
 .....  
 Certifie sur l'honneur l'exactitude de renseignements ci-dessus et m'engage à communiquer tout changement de situation auprès du service scolaire.

M'engage à respecter, après en avoir pris connaissance, l'ensemble des dispositions énoncées dans le règlement intérieur.

M'engage à respecter, après en avoir pris connaissance, l'ensemble des dispositions énoncées dans le règlement intérieur.

**AUTORISATION D'IMAGE** J'autorise  je n'autorise pas

La CCBC à prendre en photo mon enfant dans le cadre des activités.

Fait à ..... Le ..... Signature

(cadre réservé à l'administration)  
 Date de réception du dossier complet :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

NUMÉRO ALLOCATAIRE CAF : \_\_\_\_\_

## 1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	Oui	Non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					



Mon enfant est né avant 2018



Seules les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont exigées pour leur entrée en collectivité



Mon enfant est né à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018



**11 vaccins sont obligatoires** pour leur entrée en collectivité (diphtérie, tétanos, poliomyélite + Haemophilus influenzae B, coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons, rubéole, méningocoque C, pneumocoque).

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

## 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil périscolaire 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.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL 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 AIGÛ 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 : **MÉDICAMENTEUSES** Oui  Non  **ASTHME** Oui  Non   
**ALIMENTAIRES** Oui  Non

AUTRES : .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :** .....

.....

**P.A.I (projet d'accueil individualisé) :** En cours Oui  (joindre le protocole et toutes informations utiles) Non

Précisez la cause du PAI : .....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....  
.....

**3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : Oui  Non

DES LUNETTES : Oui  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant) Non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant) Non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : Oui  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant) Non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

**4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

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

**5. EN CAS D'URGENCE**

Médecin à prévenir de préférence :  Tél

Lieu médical souhaité en cas d'urgence (Hôpital ou Clinique) :

En cas d'urgence, je soussigné, M. ou Mme ..... autorise le médecin à pratiquer une intervention chirurgicale avec anesthésie générale sur mon enfant désigné ci-dessus.

**Numéro de sécurité sociale (couvrant l'enfant) :** .....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date : Signature :