



DOSSIER D'INSCRIPTION AU CENTRE DE LOISIRS

Mercredi et/ou vacances scolaires

2024-2025

FORMULAIRE A REMETTRE A LA DIRECTRICE - 28 faubourg de paris à Montmirail

Inscription au centre de loisirs à compter du :

| | ENFANT 1 | ENFANT 2 | ENFANT 3 | ENFANT 4 |
|------------------|---|---|---|---|
| Nom | | | | |
| Prénom | | | | |
| Né(e) le | | | | |
| Ecole | Fromentières <input type="checkbox"/> Le Gault / Charleville <input type="checkbox"/> Maternelle Montmirail <input type="checkbox"/> Élémentaire Montmirail <input type="checkbox"/> | Fromentières <input type="checkbox"/> Le Gault / Charleville <input type="checkbox"/> Maternelle Montmirail <input type="checkbox"/> Élémentaire Montmirail <input type="checkbox"/> | Fromentières <input type="checkbox"/> Le Gault / Charleville <input type="checkbox"/> Maternelle Montmirail <input type="checkbox"/> Élémentaire Montmirail <input type="checkbox"/> | Fromentières <input type="checkbox"/> Le Gault / Charleville <input type="checkbox"/> Maternelle Montmirail <input type="checkbox"/> Élémentaire Montmirail <input type="checkbox"/> |
| Classe | | | | |
| Jour de présence | MERCREDI : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Repas midi VACANCES SCOLAIRES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | MERCREDI : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Repas midi VACANCES SCOLAIRES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | MERCREDI : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Repas midi VACANCES SCOLAIRES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | MERCREDI : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Repas midi VACANCES SCOLAIRES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Je soussigné(e), le responsable légal 1 agissant en accord avec la personne conjointement responsable de l'enfant

| RESPONSABLE 1 | RESPONSABLE 2 |
|--|--|
| Qualité du responsable : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille d'accueil Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Date de naissance : / / Employeur : Situation familiale : Marié / Pacsé / Concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Si oui quelle semaine (paire ou impaire) ou jour fixe de garde : Adresse : Tél portable : Tel professionnel : Mail : N° Allocataire (CAF / MSA) : Responsable à facturer : <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Revenu fiscal de référence 2023 « sur revenu 2022 » (du foyer) *: | Qualité du responsable : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille d'accueil Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Date de naissance : / / Employeur : Situation familiale : Marié / Pacsé / Concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Si oui quelle semaine (paire ou impaire) ou jour fixe de garde : Adresse : Tél portable : Tel professionnel : Mail : N° Allocataire (CAF / MSA) : Responsable à facturer : <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non Revenu fiscal de référence 2023 « sur revenu 2022 » (du foyer) *: |
| <i>*(Fournir l'avis d'imposition correspondant)</i> | <i>*(Fournir l'avis d'imposition correspondant)</i> |

Précisions sur les repas de restauration scolaire /Observations particulières :

Repas sans porc

Repas végétarien

PAI (allergie origine alimentaire ou autre à préciser) : *

FOURNIR LE PAI IL SERA VALIDER A LA RENTRÉE AVEC L'INFIRMIERE SCOLAIRE

PERSONNE AUTORISÉE A RÉCUPÉRER L'ENFANT A LA PLACE DES PARENTS :

| NOM- PRENOM | LIEN DE PARENTE | TELEPHONE |
|-------------|-----------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

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

Le présent document vaut inscription et acceptation des règlements intérieurs ainsi que des conditions d'utilisation des données personnelles prévu dans le chapitre règlement général sur la protection des données du règlement intérieur.

Le père, la mère, le tuteur légal, soussigné :

- Autorisent à prendre mes enfants en photographie dans le cadre des activités et à les publier **sur les supports de communication écrits et/ou numériques officiels** de la CCBC. *Ces photographies seront conservées pour une durée maximale de 5 ans pour mémoire des activités réalisées. Je peux à tout moment faire retirer les photographies du site internet, en adressant un courrier à la communauté de communes.*
- N'autorisent pas la prise de photographie et leur diffusion.

Le règlement intérieur des services est consultable sur le site internet de la CCBC : <https://www.cc-briechampenoise.fr/vivre-et-habiter/vie-scolaire-et-extrascolaire/la-cantine-scolaire/>

Il peut être imprimé et remis aux parents sur simple demande à l'accueil de la CCBC.

La signature du présent document vaut acceptation du règlement général sur la protection des données et du règlement intérieur. **Les parents/ famille d'accueil s'engagent à communiquer tout changement de situation auprès de l'accueil de la CCBC.**

Fait à Le

Signature

Obligatoire pour toute inscription / 1 fiche sanitaire par enfant



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

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 | 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 | | | | | |



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



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 | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | |

OUI NON

OUI NON

OUI NON

OUI NON

ALLERGIES : **MEDICAMENTEUSES** 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 :