

Renseignements généraux

Restauration scolaire

Transport scolaire

Périscolaire

Centre de loisirs

Fiche sanitaire

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Classe

Ecole fréquentée 2021/2022 (ex : Ecole de Montmirail, de Fromentières) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS OU LE REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ENFANT

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 domicile : Tél portable : Tel professionnel : Email : Responsable à facturer : <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 domicile : Tél portable : Tel professionnel : Email : Responsable à facturer : <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non

FACTURATION

Organisme versant les prestations familiales : CAF MSA N° Allocataire (CAF / MSA) :
 Revenu fiscal de référence 2020 « sur revenu 2019 » (du foyer) * :
 *(Fournir l'avis d'imposition correspondant)

Renseignements généraux

Restauration scolaire

Transport scolaire

Périscolaire

Centre de loisirs

Fiche sanitaire

Inscription à compter du :

Souhaitez-vous inscrire votre enfant à la restauration scolaire : Oui Non

Si oui,

Formule adoptée pour l'année : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Planning (à fournir 15 jours avant)

Observations particulières : Repas sans porc Repas végétarien

PAI (allergie origine alimentaire – à préciser) :

*La famille doit être obligatoirement à jour des paiements de l'année précédente en cas de renouvellement.
 Tout changement en cours d'année doit être signalé par écrit au service scolaire de la CCBC.*



Renseignements
généraux

Restauration
scolaire

**Transport
scolaire**

Périscolaire

Centre de
loisirs

Fiche
sanitaire

Les inscriptions au transport scolaire sont à renouveler chaque année pour le matin et le soir et sont à faire auprès du pôle transport Région Grand Est.

Ouverture des inscriptions : début juin 2021.

Comment s'inscrire :

- par internet sur le site : www.fluo.eu/51
- par courrier : envoyer votre formulaire et le règlement des frais d'inscription le cas échéant.



Les formulaires papiers sont disponibles à la Communauté de Communes de la Brie Champenoise ou sont téléchargeables sur le site internet de la CCBC : www.cc-briechampenoise.fr (rubrique vivre et habiter - transport scolaire).

Pour rappel, la carte de transport est obligatoire pour emprunter le transport scolaire.

Les circuits et horaires sont consultables sur le site de la Région Grand Est. (www.fluo.eu/51)

Renseignements
généraux

Restauration
scolaire

Transport
scolaire

Périscolaire

Centre de
loisirs

Fiche
sanitaire

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

La famille doit être obligatoirement à jour des paiements de l'année précédente en cas de renouvellement. Tout changement en cours d'année doit être signalé au plus tôt au périscolaire.

Renseignements
généraux

Restauration
scolaire

Transport
scolaire

Périscolaire

**Centre de
loisirs**

Fiche
sanitaire

INSCRIPTION MERCREDIS ET PETITES VACANCES SCOLAIRES - CENTRE DE LOISIRS "ILE AUX ENFANTS" A MONTMIRAIL

Souhaitez-vous inscrire votre enfant au centre les mercredis : Oui Non

Souhaitez-vous inscrire votre enfant au centre pendant les vacances scolaires : Oui Non

Le Mercredi (7h15-18h30) Régulièrement Occasionnellement Planning

Les Petites vacances (7h15-18h00) Oui Non Ne sait pas



Inscription obligatoire à chaque petites vacances scolaires, possible au plus tard 15 jours avant la période. Contacter directement le centre au 03.26.81.36.09

Pour les vacances d'été, il faudra compléter un autre formulaire d'inscription. Se renseigner auprès du centre.

PERRSONNE AUTORISÉE* A RÉCUPÉRER L'ENFANT A LA PLACE DES PARENTS

NOM- PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE

*Une pièce d'identité vous sera demandée pour vérification.

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

- **Autorisent** les animateurs à prendre mes enfants **en photographie** dans le cadre des activités du centre.
- **N'autorisent pas la publication de photographie sur le site internet de la Communauté de Communes de la Brie Champenoise**, pour une durée de plusieurs années afin de conserver en mémoire les activités menées au centre.

Je peux à tout moment faire retirer les photographies du site internet, en adressant un courrier à la directrice.

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

→ **inscrivent leur enfant, après avoir pris connaissance du règlement intérieur, de la structure d'accueil et s'engage à le respecter.**

→ **autorisent** l'enfant désigné sur la présente fiche à participer à l'ensemble des activités proposées dans le cadre du projet Pédagogique ainsi qu'à l'ensemble des sorties organisées par le personnel.

→ **fournissent** la fiche sanitaire de liaison dûment complété

DOCUMENTS A FOURNIR

Inscription cantine :

- Le dossier d'inscription dûment complété et signé
- L'avis d'imposition du foyer 2020 sur les revenus 2019 pour le calcul des tarifs
- Le numéro allocataire CAF
- Dans le cas d'une séparation, fournir une photocopie de la décision du tribunal concernant votre enfant.

Inscription périscolaire et/ou centre de loisirs :

Fournir les mêmes documents que pour une inscription cantine

+ La fiche sanitaire de liaison remplie et signée

+ Une attestation d'assurance en responsabilité civile et contre les risques corporels (en cas d'inscription au périscolaire)

Fait à le

Signature

Le présent document vaut inscription et acceptation des règlements intérieurs.

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION - GESTION DU DOSSIER

DOSSIER COMPLET

PIÈCES MANQUANTES :

- INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE
- INSCRIPTION PERISCOLAIRE
- INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 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 :