



## DOSSIER D'INSCRIPTION AUX SERVICES RESTAURATION SCOLAIRE, PÉRISCOLAIRE 2024-2025

Date de la rentrée scolaire : lundi 2 septembre 2024

	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				
Date Inscription cantine				
Jour de présence cantine	L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Planning* <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Planning* <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Planning* <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Planning* <input type="checkbox"/>
Jour de présence périscolaire	<b>MATIN :</b> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> <b>SOIR :</b> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	<b>MATIN :</b> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> <b>SOIR :</b> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	<b>MATIN :</b> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> <b>SOIR :</b> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	<b>MATIN :</b> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> <b>SOIR :</b> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>

**\*Planning à fournir impérativement 15 jours avant la période**

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 :  <b>Situation familiale :</b> 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 :  Tél professionnel :  Mail : N° Allocataire (CAF / MSA) : <b>Responsable à facturer :</b> <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non <b>Revenu fiscal de référence 2023 « sur revenus 2022 » (du foyer) *:</b> <i>*(Fournir l'avis d'imposition correspondant)</i>	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 :  <b>Situation familiale :</b> 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 :  Tél professionnel :  Mail : N° Allocataire (CAF / MSA) : <b>Responsable à facturer :</b> <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non <b>Revenu fiscal de référence 2023 « sur revenus 2022 » (du foyer) *:</b> <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

(Cadre réservé à l'administration)

- Dossier complet
- Dossier incomplet :
  - Manque avis imposition du foyer



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	
<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 :