DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

☐Restauration ☐Garderie ☐Transport

Dossier complet à transmettre au bureau des écoles avant le 3 juillet 2020

Aucune fréquentation des services possible sans inscription.

Liste des pièces à fournir (attention le service ne fait pas de copie) :

- ☐ La photocopie du livret de famille (photocopie des pages concernant les parents et les enfants mineurs)
- ☐ La photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus pour l'année 2019
- ☐ La photocopie du contrat de location
- ☐ La photocopie d'un justificatif de domicile (quittance eau, électricité ou téléphone)
- ☐ La photocopie de la page des vaccins du carnet de santé (D.T.P. à jour obligatoire) avec le nom et prénom de l'enfant *(pour les enfants inscrits à la garderie péri-scolaire)*
- ☐ La photocopie de l'attestation de la mutuelle et sécurité sociale
- ☐ L'attestation C.A.F., ASSEDIC ou autres
- ☐ L'attestation d'assurance au nom de l'enfant pour l'année en cours
- ☐ 2 photos d'identité
- ☐ Cession amiable remplie et signée
- ☐ La fiche sanitaire ci-jointe dûment remplie et signée
- ☐ R.I.B.
- ☐ **Pour la restauration du lycée fournir : le justificatif d'inscription scolaire, le R.I.B, la cession amiable**

Régime	
☐Allocataire CAF (régime général) ☐Régime spécial (MSA ou autre)☐ Sans régime	
Nom et prénom de l'allocataire	
N° allocataire	

N.B. : La cotisation annuelle est de 12,00€ par famille. Une contribution de 1,52€ (élèves du primaire) et 3,05€ (élèves du secondaire) est réclamée pour l'édition des cartes au moment de l'inscription.

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ

DOSSIER FAMILLE

Etat civil – Parents responsables	
Situation familiale : ☐Marié (e) ☐Divorcé (e) ☐ Pacsé (e) ☐Union libre ☐Célibataire ☐Veuf (ve)	
Représentant légal 1	**Représentant légal 2**
☐Mère ☐Père ☐ Autre : ……*(précisez)* Nom : …… Prénom : …… Adresse : …… …… CP/Ville : …… …… Tél. fixe : …… Tél. portable : …… Mail personnel : …… ……	☐Mère ☐Père ☐ Autre : ……*(précisez)* Nom : …… Prénom : …… Adresse : …… …… CP/Ville : …… …… Tél. fixe : …… Tél. portable : …… Mail personnel : …… ……

Enfant (s) concerné (s) par l'inscription

Cocher la(les) cases correspondantes à votre choix

NOM - Prénom	Date de naissance	Nom de l'école fréquentée	Classe	Prestation			
				R	**G**	**L**	**T**
				☐M ☐O	☐M ☐S ☐J		
				☐M ☐O	☐M ☐S ☐J		
				☐M ☐O	☐M ☐S ☐J		
				☐M ☐O	☐M ☐S ☐J		

R : Restauration scolaire (M : Mensuel – O : Occasionnel)

G : Garderie (M : Matin – S : Soir *(jusqu'à 17h30)* – J : Journée)

L : Lycée - **T** : Transport

À COMPLETER IMPÉRATIVEMENT

Je soussigné(e), …… représentant légal du (des) enfant (s) :

…….

……

Autorisation de publication de l'image
Autorise mon (mes) enfant (s) à être photographié (s) ou filmé (s) dans le cadre des activités périscolaires afin d'illustrer des supports de communication (journal municipal, site Web, films, affiches, expositions...) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon (mes) enfant (s), à titre gratuit. Aucune utilisation ou diffusion commerciale ne sera faite des photos. ☐Oui ☐Non

Assurance
Déclare que le (les) enfant (s) sont couverts par une assurance responsabilité civile et individuelle accident corporel

Attestation sur l'honneur
Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis, **M'engage** à prévenir la Mairie de tout changement éventuel (adresse, téléphone, problème de santé, situation familiale…), **Reconnais** avoir pris connaissance des règlements intérieurs et m'engage à m'y conformer, sous peine d'exclusion du/ des services périscolaires.

Date : ……

Signature (précédée de la mention lu et approuvé)

CESSION AMIABLE

Objet : Autorisation de prélèvement des frais de Restauration Scolaire et Garderie périscolaire sur prestations familiales.

Je soussigné (e) Monsieur, Madame,

……

Demeurant à

……

……

……

……

N° d'allocataire :

Autorise la CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA GUADELOUPE à prélever sur mes prestations familiales le montant de …… euros

Pour les seuls frais de restauration scolaire impayés au titre des mois :

……

Pour le (les) enfants (s) :

……

……

……

……

L'Allocataire, Le Percepteur,

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES
À PRENDRE EN CHARGE L'(LES) ENFANT (S)

3 personnes maximum, et ce à l'exclusion de tout mineur.
Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable au personnel de service.

Présentation obligatoire d'une pièce d'identité avant remise de l'enfant.

Personne 1			
Lien avec l'enfant : ☐Grands-parents ☐ Assistante maternelle ☐Ami ☐Autre, *précisez* :……..			
Nom		Prénom	
Téléphone fixe		Téléphone portable	

Personne 2			
Lien avec l'enfant : ☐Grands-parents ☐ Assistante maternelle ☐Ami ☐Autre, *précisez* :……..			
Nom		Prénom	
Téléphone fixe		Téléphone portable	

Personne 3			
Lien avec l'enfant : ☐Grands-parents ☐ Assistante maternelle ☐Ami ☐Autre, *précisez* :……..			
Nom		Prénom	
Téléphone fixe		Téléphone portable	

Date : ……

Signature (précédée de la mention lu et approuvé)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE : ....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE : ....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :