**A RENDRE AVANT LE :**

**LUNDI 30 AVRIL 2022**

** MAIRIE DE CHAUMONTEL**

 **ANNEE SCOLAIRE 2022-2023**

**Réservé à l’administration** : Classe : ……………. Enseignant(e) : ……….....................................................

DOSSIER DE 1ère INSCRIPTION AUX SERVICES MUNICIPAUX

|  |
| --- |
| **Fiche de renseignements enfant** |

**NOM DE L'ENFANT** : ....…………………………….......................………… **Prénom** : ………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………

Code postal :……..……………. Ville :…………………………………………………

Date de naissance : ……/……/……… Sexe : masculin féminin

L'enfant vit chez :

Ses deux parents sa mère son père En alternance (à préciser) : ….……………

 En famille d’accueil (à préciser) : ………………………………………………………………………

 Autres (à préciser) :………………………………………………………………………………………

**AFFECTATION** Niveau scolaire à la rentrée 2022 : ………………

 Maternelle

 **RESTAURATION SCOLAIRE**

 Sans particularité 

 Sans Porc  PAI 

 Elémentaire

|  |
| --- |
| **Fiche de renseignements responsables légaux (A remplir qu’une seule fois par foyer)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Parent 1** | **Parent 2** |
| **Autorité parentale** | **O OUI O NON**  | **O OUI O NON** |
| **Situation familiale** | O En couple avec le parent 2O Mariée O PACS O concubin O Séparé/Divorcé du parent 2 | O En couple avec le parent 1O Mariée O PACS O concubin O Séparé/Divorcé du parent 1 |
| **Nom** |  |  |
| **Prénom** |  |  |
| **Adresse**  |  |  |
| **Code postal et ville** |  |  |
| **Téléphones** | Domicile : ……………………………………………Travail : ………………………………………………Portable : …………………………………………… | Domicile : ……………………………………………Travail : ………………………………………………Portable : …………………………………………… |
| **Numéro d sécurité sociale** |  |  |
| **Profession (obligatoire)** |  |  |
| **Montant Quotient CAF** | **€** | **€** |

Email : ………………………………………………………………………………@......................................................

***(Primordial pour recevoir les communications envoyées via l’espace famille)***

**Autre responsable légal (personne physique ou morale)**

Autorité parentale : oui non

ORGANISME : ……….…………...……………………………..

Personne référente :…………….….………..………………..…………………….……………….…………..

Fonction : ……………………….……………….Lien avec l’enfant : ……………………………………...

Adresse :….....…………….…..…………………………………………………………………………………………..

Code postal :………………………….Ville :……………………………………..…...………..……………

🕿 :………………………..….. 🖁……………………..……………………

|  |
| --- |
| **FRERE(S) / SŒUR(S) VIVANT AU FOYER** |
|  | **Nom** | **Prénom** | **Date de naissance** |
| **Enfant 1** |  |  |  |
| **Enfant 2** |  |  |  |
| **Enfant 3** |  |  |  |
| **Enfant 4** |  |  |  |
| **Enfant 5** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PERSONNE (AUTRES QUE LES PARENTS)** A appeler en cas d’urgence et/ou autorisée à prendre l’enfant durant toute l’année scolaire (sur présentation d’une pièce d’identité) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **1ère personne** | **2ème personne** |
| **Nom et prénom** |  |  |
| **Téléphone en cas d’urgence** |  |  |
| **Autorisée à prendre l’enfant à l’ALSH**  | **O Oui O Non** | **O Oui O Non** |
| **Lien avec l’enfant** |  |  |
| **Adresse**  |  |  |

**AUTORISATIONS/INFORMATIONS VALABLES POUR TOUS LES SERVICES**

|  |
| --- |
| **DROIT A L’IMAGE** |

Dans le cadre de la promotion d'activités ou de manifestations de la ville ou de l’accueil de loisirs, j'autorise gracieusement la publication d'images de mon enfant (photos, vidéo) sur les supports de communication de la commune :  **oui non**

|  |
| --- |
| **ASSURANCE/RESPONSABILITE CIVILE DE L’ENFANT** |

Responsabilité civile : **oui non** Individuelle accident : **oui non**

Nom et n° de police d'assurance : ……………………………………………………………………………

Période de validité : ………………………………………………………………………………………

**ATTENTION** : Hors Projet d’Accueil Individualisé, le personnel communal (ATSEM, Animateurs…) n’est pas habilité à administrer des médicaments aux enfants

|  |
| --- |
| **INSCRIPTIONS** |

**Date limite de réservation** : Se référer au règlement intérieur en Vigueur

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Services** | **Non** | **Tous les jours** | **Certains jours de la semaine** | **Selon le planning (réservations à J+7)** |
| **Lundi** | **Mardi** | **Jeudi** | **Vendredi** |
| **Restauration scolaire***11h30-13h30* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Matin** *7h30-8h30* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Etude CP à CM2***16h30-18h* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Périscolaire soir 1***16h30-18h* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Périscolaire soir 2***18h-19h* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mercredi***7h30-19h* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Vacances scolaires***7h30-19h* |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Tableau des documents** |
| **Documents indispensables à l’inscription****(Merci de bien vouloir en fournir les photocopies)** | **Fourni le** | **Observations** |
| Justificatif de domicile **de moins de trois mois**(Quittance de loyer, quittance EDF, taxe foncière…) |  |  |
| Pour les familles hébergées, fournir une attestation d’hébergement avec la pièce d’identité de l’hébergeur et un justificatif de domicile |  |  |
| Livret de famille  |  |  |
| En cas de divorce, séparation ou instance de divorce, copie du jugement de divorce ou requête de conciliation |  |  |
| Photocopie des pièces d’identité |  |  |
| Copie des pages des vaccins du carnet de santé  |  |  |
| **Avis d’imposition 2021 sur les revenus 2020.** |  |  |
| Une photo d’identité pour fiche sanitaire de liaison  |  |  |
| **Documents recommandés à fournir dès que possible**  | **Fourni le** | **Observations** |
| Notification de la CAF (quotient familial)  |  |  |
| Attestation d’assurance responsabilité civile individuelle accident |  |  |

Nous, soussignés ……………………………………………………………………………responsables de l’enfant ……………………………............., déclarons exact les renseignements portés dans ce dossier et déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur, disponible à l’accueil de loisirs ou consultable sur le site internet de la ville [www.ville-chaumontel.fr](http://www.ville-chaumontel.fr).

Fait à Chaumontel, le….....…./…....…../2022 **Signatures des parents ou représentant légal**

*7h30-19h*

 PHOTO

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE** **DE LIAISON** | **L’ENFANT** |
| NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PRÉNOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| GARÇON FILLE    |

 **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** |
| Anti-diphtérique |  |  |  | Hépatite B |  |
| Anti-tétanique |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Anti-poliomyélitique |  |  |  | Coqueluche |  |
| **A REMPLIR OBLIGATOIREMENT** | BCG |  |
| Autres (préciser) |  |

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION**

 **2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

A titre indicatif L’ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBÉOLE** | **VARICELLE** | **ANGINE** | **RHUMATISME****ARTICULAIRE AIGÜ** | **SCARLATINE** |
| OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 |
| **COQUELUCHE** | **OTITE** | **ROUGEOLE** | **OREILLONS** |  |
| OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 |  |

 **ALLERGIES :** ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES 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 non**

 (joindre le protocole et toutes informations utiles) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3 – **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** **(à renseigner obligatoirement)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : **oui non**

DES LUNETTES : **oui non** (au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant)

DES PROTHÈSES AUDITIVES : **oui non**  (au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant)

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE :  **oui non**  (au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant)

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4- RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ......................................................................... PRÉNOM ......................................................................

ADRESSE.........................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………

TELEPHONE Domicile : .......................................................... Portable : .............................................

TELEPHONE Travail : ..........................................................

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT *...........................................................................................................*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………*

*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.*

Document issu de l’original CERFA paramétré pour les besoins de la structure ALSH interco Vallée de l’école

Date : Signature :

**Document issu de l’original CERFA paramétré pour les besoins des services municipaux de Chaumontel / janvier 2021**