



MAIRIE DE CHAUMONTEL
ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

A RENDRE AVANT LE :
4 JUILLET 2023

Réservé à l'administration : Classe : Enseignant(e) :

DOSSIER DE 1^{ère} 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

Maternelle
Elémentaire

Niveau scolaire à la rentrée 2023-2024 :

RESTAURATION SCOLAIRE

Sans particularité
Sans Porc PAI

Fiche de renseignements responsables légaux

(A remplir qu'une seule fois par foyer)

	<u>Parent 1</u>	<u>Parent 2</u>
Autorité parentale	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Situation familiale	<input type="radio"/> En couple avec le parent 2 <input type="radio"/> Mariée <input type="radio"/> PACS <input type="radio"/> concubin <input type="radio"/> Séparé/Divorcé du parent 2	<input type="radio"/> En couple avec le parent 1 <input type="radio"/> Mariée <input type="radio"/> PACS <input type="radio"/> concubin <input type="radio"/> 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)

	1 ^{ère} personne	2 ^{ème} personne
Nom et prénom		
Téléphone en cas d'urgence		
Autorisée à prendre l'enfant à l'ALSH	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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 <i>11h30-13h30</i>							
Matin <i>7h30-8h30</i>							
Etude CP à CM2 <i>16h30-18h</i>							
Périscolaire soir 1 <i>16h30-18h</i>							
Périscolaire soir 2 <i>18h-19h</i>							
Mercredi <i>7h30-19h</i>							
Vacances scolaires <i>7h30-19h</i>							

Tableau des documents

<u>Documents indispensables à l'inscription</u> (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 2022 sur les revenus 2021.		
Une photo d'identité pour fiche sanitaire de liaison		
<u>Documents recommandés à fournir dès que possible</u>	Fourni le	Observations
Notification de la CAF (quotient familial)		
Attestation d'assurance responsabilité civile individuelle accident		

Nous, soussignésresponsables 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.

Fait à Chaumontel, le...../...../2023

Signatures des parents ou représentant légal

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

PHOTO

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 MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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 : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

PRÉCISEZ 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 COMPLÉMENTAIRES (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.

Date :

Signature :