



## RÉINSCRIPTION 2022-2023

### RENSEIGNEMENTS A REMPLIR IMPERATIVEMENT

<u>ENFANT</u>		
<input type="radio"/> <u>File</u>		<input type="radio"/> <u>Garçon</u>
Nom	Prénom	Date de naissance
.....	.....	.....

<b>Niveau scolaire prévu 2022-2023</b> .....	<b>Régime alimentaire</b> <input type="radio"/> sans particularité <input type="radio"/> sans porc <input type="radio"/> PAI Alimentaire	<b>Informations médicales</b> <input type="radio"/> PAI médical (asthme...) <input type="radio"/> Lunettes <input type="radio"/> autres : .....
---	---	--

L'enfant vit chez :  Ses deux parents  sa mère  son père  En alternance

En famille d'accueil (à préciser) : .....

**Parent 1**  Père  Mère  Autre : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

**Parent 2**  Père  Mère  Autre : .....

Nom : ..... Prénom : .....

**mail de contact** : .....@.....

### Droit à 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 suivants :

Application mobile « Chaumontel » et site Internet  Oui  Non

Page Facebook « ville Chaumontel » :  Oui  Non

Petit Chaumontellois (format papier et numérique):  Oui  Non

### Autorisé à récupérer l'enfant à l'ALSH

Personne 1

Personne 2

Nom et prénom

Téléphone

Lien avec l'enfant



# INSCRIPTIONS 2022-2023

## Date limite de réservation / annulation :

**Périscolaire / Mercredis :** avant le 20 du mois précédent puis modification à 7 jours (la validation d'un ajout dépend de la capacité d'encadrement)

**Vacances :** Selon l'échéancier distribué en début d'année scolaire

Services	Non	Tous les jours	Certains jours de la semaine, toute l'année				Selon le planning
			Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	
Restauration scolaire 11h30-13h30							
Etude CP à CM2 16h30-18h							
Matin 7h30-8h30							
Périscolaire soir 1 16h30-18h							
Périscolaire soir 2 18h-19h							
Mercredi 7h30-19h							
Vacances scolaires 7h30-19h							

## DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT



- une copie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois.
- la copie de l'attestation du quotient familial ou la copie de la dernière feuille d'imposition des revenus.



Le prélèvement automatique est possible. Il suffit de joindre un RIB à ce dossier. Un mandat de prélèvement SEPA vous sera transmis par mail. Pour la mise en place de ce moyen de paiement, un exemplaire signé et daté devra être renvoyé en Mairie.

Nous attestons avoir pris connaissance du règlement intérieur et des tarifs, disponibles sur le site internet de la ville.

Date et signature Parent 1:

Date et signature Parent 2:

## 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).

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>DATES DES DERNIERS RAPPELS</b>	<b>VACCINS RECOMMANDÉS</b>	<b>DATES</b>
Anti-diphtérique				Hépatite B	
Anti-tétanique				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Anti-poliomyélitique				Coqueluche	
<b>A REMPLIR OBLIGATOIREMENT</b>				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 ?

<b>RUBÉOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non MÉDICAMENTEUSES ou  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 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.*

Date :

Signature :