



# DIRECTION DES AFFAIRES SCOLAIRES ET DE L'ANIMATION

## DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTIONS PÉRISCOLAIRES

### MATERNELLE - 2023/2024

Collez ici  
la photo de votre  
enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
École : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

#### REPRÉSENTANT LÉGAL 1 :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_  
Code postal : |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_| Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. professionnel : \_\_\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_\_\_  
Adresse email : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### REPRÉSENTANT LÉGAL 2 :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_  
Code postal : |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_| Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. professionnel : \_\_\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_\_\_  
Adresse email : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### La garde de l'enfant est confiée :

- Aux deux parents
- A la mère (si garde alternée fournir le planning à la D.A.S.A.)
- Au père (si garde alternée fournir le planning à la D.A.S.A.)
- Autres (préciser) \_\_\_\_\_

Assurance extrascolaire : \_\_\_\_\_ N° de police d'assurance : \_\_\_\_\_

#### Votre enfant fait-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé ? (allergie, asthme, etc.)

- OUI : Si oui, il est **obligatoire** de refaire le P.A.I. à chaque rentrée scolaire auprès de la D.A.S.A.
- NON

**ATTENTION ! Le P.A.I. périscolaire est différent du P.A.I. scolaire**

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_



# PRESTATIONS PÉRISCOLAIRES 2023 - 2024

Veillez cocher la ou les case(s) des activités pour lesquelles vous souhaitez inscrire votre enfant :

**ATTENTION :** Les inscriptions en A.C.M. (mercredis et vacances) font l'objet de démarches spécifiques selon le calendrier ci-joint.

La famille devra effectuer ses réservations (accueil du matin, restauration scolaire et accueil du soir) sur le Portail Famille ou auprès de la D.A.S.A. au plus tard **3 jours ouvrés avant la date.**

## ACCUEIL DU MATIN DÈS 7H00

**Réservations annuelles** (les jours cochés seront réservés sur l'année scolaire complète. Pas de garderie le 1<sup>er</sup> jour de la rentrée)

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

**Réservations occasionnelles** (réservations sur le Portail Famille ou auprès de la D.A.S.A. au plus tard **3 jours ouvrés avant la date.**)

## RESTAURATION SCOLAIRE

**Réservations annuelles** (les jours cochés seront réservés sur l'année scolaire complète à partir du 1<sup>er</sup> jour de la rentrée)

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Je ne souhaite pas d'inscription pour le 1<sup>er</sup> jour de la rentrée.

**Réservations occasionnelles** (réservations sur le Portail Famille ou auprès de la D.A.S.A. au plus tard **3 jours ouvrés avant la date.**)

Merci de **préciser le type de repas demandé :**

Repas classique avec viandes (bœuf, porc, poulet...)

Repas sans viande (œuf, poisson...)

## ACCUEIL DU SOIR JUSQU'À 19H00

**Réservations annuelles** (les jours cochés seront réservés sur l'année scolaire complète à partir du 1<sup>er</sup> jour de la rentrée)

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Je ne souhaite pas d'inscription pour le soir du 1<sup>er</sup> jour de la rentrée.

**Réservations occasionnelles** (réservations sur le Portail Famille ou auprès de la D.A.S.A. au plus tard **3 jours ouvrés avant la date.**)

**NE SOUHAITE AUCUNE INSCRIPTION**

Dorénavant vos démarches administratives (inscriptions, réservations, paiements, consultations...) et informations sont réalisables via le Portail famille <https://portail-meru.ciril.net>

Adresse email : \_\_\_\_\_

Toutes ces activités sont encadrées par un règlement de fonctionnement disponible sur les supports municipaux : Affichages, portail, site internet de la ville, etc.

**Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à le respecter :**

DATE :

SIGNATURE :



# AUTORISATIONS PARENTALES 2023 - 2024

Représentant légal du mineur : \_\_\_\_\_

## Autorise :

Les personnes **majeures** indiquées ci-dessous :

**Attention aucun enfant mineur ne sera autorisé à venir chercher un enfant aux activités**

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

À récupérer mon enfant à la sortie du périscolaire :

Garderie du matin et du soir

J'autorise mon enfant, à participer à toutes les activités proposées sur la commune ou à l'extérieur dans le cadre des accueils périscolaires, et à se rendre sur les lieux d'activités par tous les moyens nécessitant un déplacement.

Oui

Non

J'autorise la prise de photos, de vidéos et d'enregistrements sonores, de mon enfant dans le cadre des activités pédagogiques proposées pendant les accueils périscolaires (activités manuelles, grands jeux, création de CD, projets vidéo, expositions...)

Oui

Non

J'autorise la prise de photos, de vidéos et d'enregistrements sonores de mon enfant, dans le cadre des activités pédagogiques proposées pendant les accueils périscolaires pour la publication et la diffusion gratuites des photos et vidéos dans les journaux locaux, site internet de la ville et réseaux sociaux de la D.A.S.A.

Oui

Non

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature :



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

SEXE :  FEMININ  MASCULIN

### 1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	Date de la 1 <sup>ère</sup> injection	Date du dernier rappel
Diphthérie, Tétanos, poliomyélite, coqueluche, l'Haemophilus influenzae b		
Pneumocoque		
Hépatite B		
Rougeole, Oreillons, Rubéole		
Méningocoque		

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

### 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant doit suivre un traitement médical pendant sa présence aux accueils périscolaires, joindre obligatoirement 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 autre médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**A titre indicatif** : L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**ALLERGIE** : ASTHME :  Oui  Non    MÉDICAMENTEUSE :  Oui  Non  
ALIMENTAIRES :  Oui  Non    AUTRES : \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR dans le cadre d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)**

**P.A.I. 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. **AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :  Oui  Non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées :  Oui  Non

### 5. **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TEL. FIXE (ET/OU PORTABLE) DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) : \_\_\_\_\_

Je soussigné \_\_\_\_\_ 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, transport) rendues nécessaires par l'état de santé 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 : \_\_\_\_\_