



DIRECTION DES AFFAIRES SCOLAIRES ET DE L'ANIMATION

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTIONS PÉRISCOLAIRES

ÉLÉMENTAIRE – 2024/2025

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) _____

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

Assurance extrascolaire : _____ N° de police d'assurance : _____

Fait à : _____ Le : _____ Signature : _____



PRESTATIONS PÉRISCOLAIRES 2024 - 2025

Veuillez **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 périscolaire du développement individuel et collectif) 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 (activité payante)

- Réservations annuelles** (les jours cochés seront réservés sur l'année scolaire complète. Pas de garderie le 1^{er} 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.**)

ACCUEIL DU SOIR JUSQU'À 19H00 (activité payante)

- Réservations annuelles** (les jours cochés seront réservés sur l'année scolaire complète à partir du 1^{er} 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 (activité payante)

- Réservations annuelles** (les jours cochés seront réservés sur l'année scolaire complète à partir du 1^{er} 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.**)

- Je ne souhaite pas d'inscription pour le 1^{er} jour de la rentrée

Merci de préciser le type de repas demandé :

- Repas classique avec viandes (bœuf, porc, poulet...) Repas sans viande (œuf, poisson...)

ACCUEIL PÉDAGOGIQUE (APÉDIC) - (activité payante)

Écoles J. MOULIN, BELLONTE et PASTEUR : JUSQU'À 17H45 / Écoles VOLTAIRE et J. VERNE : JUSQU'À 18H00

- Réservations annuelles** (les jours cochés seront réservés sur l'année scolaire complète à partir du 1^{er} jour de la rentrée)

Lundi Mardi Jeudi

- 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



AUTORISATIONS PARENTALES 2024 - 2025

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 : _____

À récupérer mon enfant à la sortie du périscolaire :

Garderie du matin et du soir

APDIC

J'autorise mon enfant à rentrer seul à mon domicile : Oui Non

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

Adresse email : _____

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

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 :



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)

VACCINS OBLIGATOIRES	Date de la 1 ^{ère} injection	Date du dernier rappel
Diphthérie, Tétanos, poliomyélite, coqueluche, l'Hæmophilus 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

ALIMENTAIRES : Oui Non

MÉDICAMENTEUSE : 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 : _____