

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

L'ENFANT

NOM: PRÉNOMS:

Né(e) le: À: Sexe: M F

Adresse:

Code postal: Ville:

L'ÉCOLE

École de secteur: Classe (à la rentrée 2017-2018):

Dérogation demandée: OUI NON *(Si oui, veuillez compléter la demande de dérogation)*

École précédente: *(Si hors Joigny, précisez la commune et le département)*

LES RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1:

NOM: PRÉNOM:

Adresse:

Code postal: Ville:

Tél. domicile: Tél. portable: Tél. travail:

Mail: Profession:

Nom et adresse de l'employeur:

Responsable légal 2:

NOM: PRÉNOM:

Adresse:

Code postal: Ville:

Tél. domicile: Tél. portable: Tél. travail:

Mail: Profession:

Nom et adresse de l'employeur:

Mariés PACS Concubinage Divorcés Séparés Veuf(ve)

En cas de séparation des parents, précisez si la garde est alternée: OUI NON

Régime: CAF MSA Autre: N° allocataire: Quotient familial:

LES FRÈRES ET SŒURS

| NOM | Prénom | Date de naissance | Établissement scolaire <i>(précisez la classe)</i> |
|-----|--------|-------------------|--|
|-----|--------|-------------------|--|

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| | | | |
|-------|-------|-------|-------|

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| | | | |
|-------|-------|-------|-------|

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| | | | |
|-------|-------|-------|-------|

INSCRIPTION AUX ACCUEILS PÉRISCOLAIRES

L'ACCUEIL DU MATIN

Accueil à partir de 7h30 jusqu'à l'entrée en classe. Tarif unique (par jour de présence): 1,85 €

Réservation: LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI **ou** OCCASIONNEL

LA RESTAURATION SCOLAIRE

Tarifs: Joigny: 3,10 € par repas Hors Joigny: 3,70 € par repas

Réservation: LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI **ou** OCCASIONNEL

RÉGIME ALIMENTAIRE

Ne mange pas de porc

Autre, précisez:

LES NOUVELLES ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES (Gratuit)

Participera aux NAP

Ne participera pas aux NAP

LES ÉTUDES SURVEILLÉES (Gratuit)

Participera aux études surveillées

Ne participera pas aux études surveillées

L'ACCUEIL DU SOIR ET LES MERCREDIS APRÈS-MIDI

Accueil de 16h30 jusqu'à 19h00. Tarification en fonction du quotient familial.

Inscription auprès du centre de loisirs des Aventuriers: 03.86.62.49.20 / Espace Jeunes – 2 rue des Ingles à Joigny.

AUTORISATIONS DIVERSES

J'autorise mon enfant à rentrer seul le soir (à partir de 6 ans): OUI NON

J'autorise la municipalité :

- à prendre des photos ou films de mon enfant dans le cadre des activités périscolaires et les diffuser (expositions, journaux internes, presse locale, site de la ville, page facebook de la ville...) OUI NON

- à transporter mon enfant en véhicule ou bus : OUI NON

LES PERSONNES MAJEURES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (autre que les parents)

Attention : Vous déchargez la municipalité de toute responsabilité après la remise de votre enfant à l'une des personnes majeures ci-dessus

NOM : Prénom:..... Lien avec l'enfant:..... Téléphone :

NOM : Prénom:..... Lien avec l'enfant:..... Téléphone :

NOM : Prénom:..... Lien avec l'enfant:..... Téléphone :€

Je, soussigné(e), responsable légal de l'enfant, certifie exacts les renseignements portés sur le présent dossier et certifie avoir pris connaissance du **règlement de fonctionnement** ci-joint. J'atteste (dans le cas de parents séparés ou divorcés) que le second parent est informé de cette demande d'inscription.

Fait à.....

Le

Signature

FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Indiquez les dates de derniers rappels

| VACCIN OBLIGATOIRE | VACCINS RECOMMANDÉS | | | |
|--------------------|---------------------|-------|------------|-----|
| DT Polio | Hépatite B | R.O.R | Coqueluche | BCG |
| | | | | |

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant suit-il un traitement médical? OUI NON

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

| | OUI | NON | | OUI | NON | | OUI | NON |
|------------|-----|-----|-----------|-----|-----|-----------------------------|-----|-----|
| Rubéole | | | Varicelle | | | Oreillons | | |
| Coqueluche | | | Rougeole | | | Scarlatine | | |
| Otite | | | Angine | | | Rhumatisme articulaire aigu | | |

Allergies:

| | OUI | NON | | OUI | NON |
|--------------|-----|-----|-----------------|-----|-----|
| Asthme | | | Médicamenteuses | | |
| Alimentaires | | | Autres | | |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, à signaler) :

.....

.....

.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, hospitalisations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est-il mis en place ? OUI NON

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ? Précisez :

.....

Je, soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à

Le

Signature :