



Documents transmis :

- Avis d'imposition 2017 (revenus 2016)
- Copie des vaccinations
- Certificat d'assurance scolaire
- Justificatif domicile
- Jugement en cas de divorce

INSCRIPTION A LA CANTINE ET/OU ACTIVITES PERISCOLAIRES 2018/2019

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom :Prénom :Sexe : Fille Garçon
Date de naissance :Ecole : Elémentaire Maternelle
Nom de l'école :Classe à la rentrée :

N° CAFou autre CAISSE.....

Régimes alimentaires particuliers : Cocher la case correspondante :

Sans porc Végétarien

Allergies alimentaires ou autre :

Votre enfant dispose d'un Projet Accueil Individualisé (P.A.I.) : Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS (veuillez indiquer le représentant légal)

Père

Mère

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse (si différente) :

Tél Domicile :

Domicile :

Tél Portable :

Portable :

Profession :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Nom et adresse de l'employeur :

Téléphone :

Téléphone :

Mail :

Mail :

Situation de famille :

Marié(e) Monoparentale

Concubinage Pacsé(e)

Divorcé(e) Garde alternée

Situation de famille :

Marié(e) Monoparentale

Concubinage Pacsé(e)

Divorcé(e) Garde alternée

Nombres d'enfants à charge :

Prélèvement automatique (joindre un RIB pour une 1^{ère} demande) : Oui Non

Renouvellement du prélèvement automatique : Oui Non

Autorise l'affichage, la prise et diffusion de photos Oui Non

(Echo de Marly, le Républicain lorrain et la page Facebook de la Ville)

L'inscription pour la cantine et pour l'accueil périscolaire se fait à l'année OU au trimestre, en définissant les jours et les créneaux fixes avec un minimum de 1 jour d'inscription par semaine.

1^{er} trimestre : du 3 septembre au 21 décembre 2018

Inscription annuelle

- ACCUEIL CANTINE : 11H30 / 13H30

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

- ACCUEIL DES MATINS 7h30 / 8h05

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

- PERISCOLAIRE DU SOIR :

Lundi	<input type="checkbox"/> 16h15 / 17h30 <input type="checkbox"/> 17h30 / 18h30
Mardi	<input type="checkbox"/> 16h15 / 17h30 <input type="checkbox"/> 17h30 / 18h30
Jeudi	<input type="checkbox"/> 16h15 / 17h30 <input type="checkbox"/> 17h30 / 18h30
Vendredi	<input type="checkbox"/> 16h15 / 17h30 <input type="checkbox"/> 17h30 / 18h30

PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT
2018/2019

- Regagne seul le domicile après l'activité périscolaire (Cp à Cm2)
 Sera récupéré par :

Nom, Prénom, Qualité	Coordonnées téléphoniques

ACCEPTATION ET SIGNATURE DU RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT
2018/2019

Je soussigné, Monsieur, Madame,.....
parents de ou des enfant(s) :.....
déclarons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des accueils
périscolaires.

Fait à MARLY,
Le,.....

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

Père

Mère



VILLE DE MARLY
Fiche de sanitaire de liaison :
Accueil Périscolaire Année 2018/2019

1 - ENFANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LA PAUSE MERIDIENNE ET AU COURS DES ACTIVITES PERISCOLAIRES DE L'ENFANT

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

vaccins obligatoires	oui	non	date des derniers rappels	Vaccins recommandés	date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéoles-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Aucun médicament ne pourra être donné (hors PAI).

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

3 - ALLERGIES

Asthme oui non

Médicamenteuse oui non

Alimentaire oui non

Si allergie alimentaire, merci de joindre le protocole

Autres

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (SI AUTOMEDICATION, LE SIGNALER):

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et LES PRECAUTIONS A PRENDRE

.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE.....

TEL FIXE DOMICILE.....BUREAU.....

TEL PORTABLE DOMICILE.....BUREAU.....

6 - MEDECIN TRAITANT

NOM.....

ADRESSE.....

TEL.....

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

Date :

Signature :