

MAIRIE DE MARLY  
8 rue des Ecoles  
57155 MARLY  
03.87.63.23.38

**Documents transmis :**

- Avis d'imposition 2018 (revenus 2017)
- Copie des vaccinations
- Certificat d'assurance scolaire
- Justificatif domicile
- Jugement en cas de divorce

**DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE 2019/2020**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

Nom : .....Prénom : .....Sexe :  Fille  Garçon

Date de naissance : .....Ecole :  Elémentaire  Maternelle

Nom de l'école : .....Classe à la rentrée : .....

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

**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.**

**2ème trimestre du 06/01 au 09/04**

**Inscription annuelle**

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
<b>MATIN</b> 7H30-8H05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MIDI</b> 11H30-13H30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SOIR</b>				
16H15-17H30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17H30-18H30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Inscription au planning :**

Les familles fourniront leur planning :

- Pour les élémentaires : 3 semaines avant la date du 1<sup>er</sup> repas demandé
- Pour les maternelles : 10 jours avant la date du 1<sup>er</sup> repas demandé

**RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS (veuillez indiquer le représentant légal)** Parent 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

 Parent 2

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente) :

Tél Domicile :

Tél Portable :

Tél Domicile :

Tél Portable :

Mail :

Mail :

N° CAF .....ou autre CAISSE.....

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Téléphone :

Téléphone :

Situation de famille : Marié(e) Monoparentale Concubinage Pacsé(e) Divorcé(e) Garde alternéeSituation de famille : Marié(e) Monoparentale Concubinage Pacsé(e) Divorcé(e) Garde alternée

Nombres d'enfants à charge :

Nombres d'enfants à charge :

Prélèvement automatique (joindre un RIB pour une 1<sup>ère</sup> 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)

**PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT****2019/2020** Regagne seul le domicile après l'activité périscolaire (Cp à Cm2) Sera récupéré par :

Nom, Prénom, Qualité	Coordonnées téléphoniques

**REGLEMENT INTERIEUR ANNEE 2019/2020**

Je soussigné (e) .....\*agissant en qualité de  
..... l'enfant.....\*atteste avoir pris  
connaissance du règlement intérieur de l'Accueil Périscolaire 2019/2020 de la ville de  
Marly et m'engage à le respecter

Fait à MARLY le,.....

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

Parent 1

Parent 2



**VILLE DE MARLY**  
**Fiche de sanitaire de liaison :**  
**Accueil Périscolaire Année 2019/2020**

**1 - ENFANT :**

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON       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	
<b>Ou</b> DT polio				autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 ?

<b>RUBEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OREILLONS</b> <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 projet d'accueil individualisé (PAI)

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 :