



Dossier N° .....

Transmis le.....

**Documents transmis :**

- Copie des vaccinations
- Quotient familial CAF
- Certificat d'assurance scolaire
- Justificatif de domicile
- Jugement en cas de divorce

## ACCUEIL PERISCOLAIRE 2021/2022 - DOSSIER D'INSCRIPTION

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  Fille  Garçon  
Date de naissance : ..... Ecole :  Elémentaire  Maternelle  
Nom de l'école : ..... Classe à la rentrée : .....  
Personne à contacter en cas d'urgence TEL :  
Régimes alimentaires particuliers. Cocher la case correspondante :  
 Sans porc  Sans viande  
Allergies alimentaires ou autre : .....  
Votre enfant dispose d'un Projet Accueil Individualisé (PAI) :  Oui  Non

### RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS (veuillez indiquer le représentant légal)

<input type="checkbox"/> <u>Parent 1</u>	<input type="checkbox"/> <u>Parent 2</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse (si différente) :
Tél Domicile :	Tél Domicile :
Tél Portable :	Tél Portable :
Mail :	Mail :
N° CAF .....	ou autre CAISSE.....
Profession :	Profession :
<u>Nom et adresse de l'employeur :</u>	<u>Nom et adresse de l'employeur :</u>
Téléphone :	Téléphone :





Dossier N° .....

Transmis le.....

<u>Situation de famille :</u>		<u>Situation de famille :</u>	
<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Monoparentale	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Monoparentale
<input type="checkbox"/> Concubinage	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Concubinage	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)
<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Garde alternée	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Garde alternée
Nombres d'enfants à charge :		Nombres d'enfants à charge :	

## Inscription à l'année

	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 : 8 jours avant la date du 1<sup>er</sup> repas demandé

Prélèvement automatique (joindre un RIB pour une 1 <sup>ère</sup> demande) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Renouvellement du prélèvement automatique :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non





**PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT**  
**2021/2022**

Nom, Prénom, Qualité	Coordonnées téléphoniques

**Autorisation prise de vue ANNEE 2021/2022**

Je soussigné (e) .....\*agissant en qualité de ..... de l'enfant.....\*autorise / n'autorise pas la prise de vue de mon enfant dans le cadre des activités périscolaires pour l'année scolaire 2021/2022 . Ces prises de vue pourront être diffusées en interne .Toute prise de vue, ayant une visée médiatique, fera l'objet d'une demande spécifique .

Fait à Marly le,.....

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

Parent 1

Parent 2



**REGLEMENT INTERIEUR ANNEE 2021/2022**

Je soussigné (e) .....\*agissant en qualité de  
..... de l'enfant.....\*atteste avoir pris  
connaissance du règlement intérieur de l'Accueil Périscolaire 2021/2022 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

## Fiche sanitaire de liaison Accueil périscolaire - Année 2021/2022

**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	
<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	



Dossier N° .....

Transmis le.....

**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 AUTRES 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 DOMICILE.....BUREAU.....

TEL PORTABLE.....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 :

