



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 2022/2023 - 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

Végétarien

Votre enfant dispose d'un **Projet Accueil Individualisé (PAI)** : Oui Non

Allergies alimentaires ou autre :

Inscription à l'année

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN 7H30-8H05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIDI 11H30-13H30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOIR 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, en modifiant directement sur le PORTAIL famille, les dates d'absence de leurs enfants :

- Pour les élémentaires : 3 semaines avant la date du 1^{er} repas demandé
- Pour les maternelles : 8 jours avant la date du 1^{er} 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° CAFou 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 alternée

Situation de famille :

- Marié(e) Monoparentale
 Concubinage Pacsé(e)
 Divorcé(e) Garde alternée

Nombres d'enfants à charge :

Nombres d'enfants à charge :





PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT
2022/2023

Nom, Prénom, Qualité	Coordonnées téléphoniques

Autorisation prise de vue ANNEE 2022/2023

Je soussigné(e).....*agissant en qualité dede l'enfant.....*autorise / n'autorise pas la prise de vue de mon enfant dans le cadre des activités périscolaires pour l'année scolaire 2022/2023 . 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

(* rayer la mention inutile)



PRELEVEMENTS AUTOMATIQUES

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

REGLEMENT INTERIEUR ANNEE 2022/2023

Je soussigné (e)*agissant en qualité de
..... de l'enfant.....atteste avoir pris
connaissance du règlement intérieur de l'Accueil Périscolaire 2022/2023 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 2022/2023

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

1 - ENFANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON FILLE

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					

- **Enfants nés à partir du 1er janvier 2018** : la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'Haemophilus influenzae b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole est obligatoire jusqu'à 2 ans. Ils doivent donc être vaccinés (sauf contre-indication médicale reconnue contre ces onze maladies) pour pouvoir être admis en crèche, à l'école, en garderie, en colonie de vacances ou toute autre collectivité d'enfants.
- **Enfants nés avant le 1er janvier 2018** : la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite est obligatoire. Ils doivent donc être vaccinés contre ces trois maladies (sauf contre-indication médicale reconnue) pour pouvoir être admis en crèche, à l'école, en garderie, en colonie de vacances ou toute autre collectivité d'enfants.

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 NON OUI, LAQUELLE.....

Médicamenteuse NON OUI, LAQUELLE.....

Alimentaire NON OUI, LAQUELLE.....

Autres

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE : **(Aucun médicament ne pourra être donné (hors PAI).)**

.....
.....

Si allergie alimentaire, merci de joindre le projet d'accueil individualisé (PAI)

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 DE L ENFANT

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 :





Autorisation de captation et de diffusion de l'image / de la voix (personne mineure)

Descriptif du projet d'animation

PRESENTATION DU PROJET	
Date(s) et lieu(x) d'enregistrement	
Nom et adresse - Du site périscolaire - Du service	

Modes d'exploitation

<input type="checkbox"/> Diffusion ou projection collective	Durée :	<input type="checkbox"/> Pour un usage collectif dans le/les périscolaires <input type="checkbox"/> Usages de communication interne de l'institution (Echo de Marly ou Marly News) <input type="checkbox"/> Autres usages institutionnels :(exemple Républicain Lorrain)
<input type="checkbox"/> Diffusion en ligne	Durée :	<input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Télévision <input type="checkbox"/> Internet Préciser le(s) site(s) et/ou canaux numériques : exemple Facebook, site internet de la ville
<input type="checkbox"/> Autre support	Durée :	<input type="checkbox"/> CD / DVD <input type="checkbox"/> Impression papier <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : Destinataires :

Consentement de l'enfant

On m'a expliqué, j'ai compris à quoi servait ce projet et je suis d'accord.

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur L'enfant : Ecole :	Date et signature de l'élève mineur concerné par l'enregistrement :
--	---

Autorisation parentale

Je soussigné(e) (*prénom, Nom*)

Déclare être le représentant légal du mineur (*prénom, nom*)

reconnais expressément que le mineur ci-dessus désigné n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image, sa voix, son nom. **Je donne mon accord pour la fixation et l'utilisation**, sans aucune contrepartie financière, de son image sa voix, dans le cadre exclusif du projet ci-dessus exposé et pour les modes d'exploitation ci-dessus désignés. Cette autorisation exclut toute autre utilisation, notamment dans un but commercial ou publicitaire. Elle est consentie avec les réserves suivantes :

- floutage du visage (*)
- image de groupe exclusivement (*)
- pas de mention du nom (*)
- pas de mention du prénom (*)

(*) mentions à cocher ou rayer

Date et signature

