



Mairie de Feytiat

Services Péri-scolaires
et Extra-scolaires

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION pour les activités proposées par la commune

Agent référent :
Bernard FAYE

NOM de l'enfant :

Prénom :

Sexe : féminin masculin

Date de naissance : Lieu de naissance :

Pays ou département de naissance :

Adresse :

Ecole fréquentée :

Collège fréquenté : en classe de :

Cadre réservé aux services de la Mairie

Classe : Nom de l'enseignant(e) :

Responsable 1

Père Mère Tuteur

NOM :
Prénom :
Adresse :

Tél. domicile :
Tél. mobile :
Email :

Situation familiale :

célibataire concubin(e)
 divorcé(e) marié(e)
 PACS séparé(e)
 veuf(ve)

Profession :
Employeur :
Adresse :

Tél travail :

Responsable 2

Père Mère Tuteur

NOM :
Prénom :
Adresse :

Tél. domicile :
Tél. mobile :
Email :

Situation familiale :

célibataire concubin(e)
 divorcé(e) marié(e)
 PACS séparé(e)
 veuf(ve)

Profession :
Employeur :
Adresse :

Tél travail :

Responsable 3

Père Mère Tuteur

NOM :
Prénom :
Adresse :

Tél. domicile :
Tél. mobile :
Email :

Situation familiale :

célibataire concubin(e)
 divorcé(e) marié(e)
 PACS séparé(e)
 veuf(ve)

Profession :
Employeur :
Adresse :

Tél travail :

Frères et sœurs scolarisés à Feytiat (ou fréquentant l'Accueil de Loisirs) :

..... Date de naissance :
..... Date de naissance :
..... Date de naissance :

Dans le cas où les personnes responsables ne peuvent être jointes, merci de nous communiquer les coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à prendre en charge l'enfant :

Personne 1 NOM / Prénom : Tél. domicile : Tél. mobile : Tél. travail :
--

Personne 2 NOM / Prénom : Tél. domicile : Tél. mobile : Tél. travail :
--

Personne 3 NOM / Prénom : Tél. domicile : Tél. mobile : Tél. travail :
--

FICHE SANITAIRE DE LIAISON : VACCINATIONS
(Compléter + fournir photocopie du carnet de santé de l'enfant ou une attestation du médecin traitant)

VACCINS OBLIGATOIRES			Date des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES			Date des derniers rappels
	OUI	NON			OUI	NON	
DT Polio				Hépatite B			
BCG				Rubéole Oreillons Rougeole			
				Coqueluche			

Nom du médecin traitant : Téléphone :

MALADIES	Rubéole <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Angine <input type="checkbox"/>	Rhumatismes <input type="checkbox"/>
	Scarlatine <input type="checkbox"/>	Coqueluche <input type="checkbox"/>	Otites <input type="checkbox"/>	Asthme <input type="checkbox"/>
	Rougeole <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>		

ALLERGIES

(Préciser l'allergie, sa cause éventuellement et la conduite à tenir, traitement, ...)

.....
.....

DIFFICULTES DE SANTE

(Préciser les précautions à prendre en cas de maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, traitement)

.....
.....

Réservé au service : si les rubriques « Allergies », « Difficultés de santé » ont été complétées, en informer oralement les Responsables du Restaurant Scolaire et de l'Accueil de Loisirs

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

(Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, appareils dentaires...)

.....
.....

INSCRIPTION – Compléter impérativement toutes les rubriques

Avant de compléter les rubriques, veuillez prendre connaissance du règlement intérieur de chaque service choisi.

ATTENTION : tous les règlements intérieurs doivent être conservés par les familles en aucun cas ils ne doivent être retournés avec ce document complété

Si votre enfant fréquente **régulièrement** ou **occasionnellement** un des services proposés, cochez la case « **oui** ».

Transport scolaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Ateliers périscolaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Garderies (matin – soir)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	(Uniquement les élèves scolarisés à l'école élémentaire)	
Surveillance midi deux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Etudes surveillées	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Restaurant scolaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Accueil de Loisirs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

POUR LES ENFANTS QUI FREQUENTERONT L'ACCUEIL DE LOISIRS, LES ATELIERS PERI-SCOLAIRES

➤ Régime allocataire des parents responsables de l'enfant :

Régime général M.S.A. autre régime

Numéro d'allocataire :

➤ Pour l'Accueil de Loisirs, les **allocataires CAF** bénéficiaires du « **passport jeunes** » peuvent prétendre à une réduction sur leur facture : **ils doivent fournir obligatoirement une photocopie de ce document.**

➤ Diffusion de l'image

AUTORISE **N'AUTORISE PAS** (rayer la mention inutile)

la diffusion de leur image tel que défini dans les « Règlements Intérieurs » respectifs.

Je soussigné(e), (père, mère, tuteur) responsable(s) légal (légaux)
de l'enfant

- autorise les responsables des services périscolaires ou extrascolaires à prendre toutes les dispositions nécessaires relatives à la santé de mon enfant ;
- reconnaît être couvert par une police d'assurance garantissant ma responsabilité civile ainsi que la responsabilité personnelle de mon enfant confié aux différents services ;
- certifie avoir pris connaissance du « Livret de bonne conduite de l'enfant », des règlements intérieurs des services périscolaires et extrascolaires ;
- certifie que les vaccinations de mon enfant sont à jour ;
- certifie l'exactitude des renseignements.

Père

Date :

Signature :

Mère

Date :

Signature :

Tuteur

Date :

Signature :

Attention

Toute évolution en cours d'année concernant les renseignements portés sur ce document doit impérativement être portée à la connaissance du Service Accueil de la Mairie dans les meilleurs délais.

Merci.