

6I ACTIVITÉS

remplir obligatoirement **1 fiche par ENFANT** à inscrire

ENFANT : NOM/Prénom

féminin masculin date de naissance : âge : ans

ÉCOLE FRÉQUENTÉE EN 2023/2024 :

CLASSE :

PHOTO
OBLIGATOIRE

- DEMANDE PRÉINSCRIPTIONS AUX ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES ET/OU EXTRASCOLAIRES :

▲ PAUSE MÉRIDIANNE/RESTAURATION SCOLAIRE

de 11h30 à 13h30 : LU MA JE VE ! 1 jour doit être obligatoirement coché

▲ ACCUEILS PÉRISCOLAIRES

MATIN de 7h30 à 8h15 :

fréquentation RÉGULIÈRE LU MA JE VE

fréquentation occasionnelle*

SOIR 1^{er} créneau de 16h30 à 17h30 :

fréquentation RÉGULIÈRE : LU MA JE VE

fréquentation OCCASIONNELLE *

SOIR 2^{ème} créneau de 17h30 à 18h30 :

fréquentation RÉGULIÈRE : LU MA JE VE


fréquentation OCCASIONNELLE *

* **Attention** : en OCCASIONNEL, il vous appartient d'effectuer vous-même, par le Portail Famille, vos réservations au fur et à mesure de vos besoins, selon les modalités du règlement intérieur.

▲ ACCUEILS DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT : MATERNEL (PS ; MS ; GS) ÉLÉMENTAIRE (CP ; CE1 ; CE2 ; CM1 ; CM2)

NB : les préinscriptions en accueil de loisirs sans hébergement ne sont pas encore possibles en ligne. Si vous avez besoin de cette activité, n'oubliez pas de cocher les cases correspondantes et le service procédera à l'enregistrement de la demande.

MERCREDIS À LA JOURNÉE LE MATIN L'APRÈS-MIDI

 **VACANCES** : À chaque période de vacances souhaitées, vous devrez remplir une fiche spécifique à la période et la retourner dans les délais, selon le calendrier en vigueur !

ADRESSE complète de l'enfant :

CP/Ville :

RESPONSABLE 1 du Foyer

MÈRE PÈRE BELLE-MÈRE BEAU-PÈRE TUTEUR FAMILLE D'ACCUEIL
COCHER 1 CASE

NOM/ PRÉNOM :

Portable :

Tél. professionnel :

RESPONSABLE 2 du Foyer

=> CONJOINT(E)/COMPAGNON(E) du responsable 1

MÈRE PÈRE BELLE-MÈRE BEAU-PÈRE COCHER 1 CASE

NOM/ PRÉNOM :

Portable :

TÉL. PROFESSIONNEL :

- ASSURANCE

JE DÉCLARE / NOUS DÉCLARONS avoir souscrit une assurance responsabilité civile au nom de mon(mes)/notre(nos) enfant(s), pendant les temps : scolaire, péri/extrascolaire et/ou pour l'accueil en Petite Enfance, pour l'année 2023/2024.

ENFANT : NOM/Prénom

- SANTÉ

PROJET d'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI), problème de santé, allergie/intolérance au médicament ET/OU alimentaire

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON. Si OUI joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : . ASTHME OUI NON . MÉDICAMENTEUSES OUI NON
 . ALIMENTAIRES OUI NON . AUTRES

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) en cours OUI NON -> joindre le protocole et toutes informations utiles :

• INDIQUER CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

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

. RUBÉOLE OUI NON . COQUELUCHE OUI NON
 . VARICELLE OUI NON . OREILLONS OUI NON
 . ANGINE OUI NON . OTITE OUI NON
 . SCARLATINE OUI NON . RHUMATISME OUI NON
 . ROUGEOLE OUI NON

AUTRES OUI NON. Si OUI, préciser :

• VACCINS OBLIGATOIRES

• VACCINS RECOMMANDÉS

	<u>à jour :</u>	<u>date dernier rappel :</u>		<u>date dernier rappel :</u>
. DIPHTÉRIE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="text"/>	. HÉPATITE B	<input type="text"/>
. TÉTANOS *	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="text"/>	. R.O.R	<input type="text"/>
. POLIOMYÉLITE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="text"/>	. COQUELUCHE	<input type="text"/>

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

* Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

• L'ENFANT PORTE-T-IL ?

. LENTILLES OUI NON . LUNETTES OUI NON
 . PROTHÈSES AUDITIVES OUI NON . PROTHÈSES DENTAIRES OUI NON

• J'AUTORISE/NOUS AUTORISONS OUI NON :

- le responsable de(s) l'activité(s), fréquentée(s) par mon(notre) enfant, à prendre en cas d'urgence, toutes les mesures nécessaires auprès du corps médical ;

- le corps médical à intervenir en cas de nécessité chirurgicalement y compris sous anesthésie et je m'engage/nous nous engageons à payer les frais médicaux et pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuelles.

- AUTORISATIONS

Je(Nous) soussigné(e)s Mme et M. Mme M.

MÈRE PÈRE TUTEUR/FAMILLE D'ACCUEIL, responsable(s) légal(aux) :

AUTORISE/AUTORISONS MON/NOTRE ENFANT, désigné en page 1 :

- à participer à toutes les activités et CERTIFIÉ/CERTIFIONS qu'il ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique de celles-ci ;

- à sortir dans le cadre des activités des pauses méridiennes : sorties encadrées par les agents de la Ville ;

- élève de cours moyen (CM1/CM2), à sortir seul à la fin des activités : accueil périscolaire du soir et/ou accueil de loisirs sans hébergement (mercredis/vacances) OUI NON.

• AUTORISE/AUTORISONS :

LE MAQUILLAGE : OUI NON LA BAINNADE : OUI NON. SI OUI, VOTRE ENFANT SAIT-IL NAGER ? OUI NON

FAIT À le

SIGNATURE(S) : Mère Père Belle-mère Beau-père Tuteur / Famille d'accueil