

Pôle Education Enfance Jeunesse et Sport

GUICHET UNIQUE

INSCRIPTIONS ANNÉE SCOLAIRE 2024 / 2025

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION : DOS. FAMILLE N° _____

FICHE ③ obligatoire

61 ACTIVITÉS

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

ENFANT : NOM/Prénom _____

féminin masculin

date de naissance : ____/____/____ âge : ____ ans

ÉCOLE FREQUENTÉE EN 2024/2025 : _____

CLASSE : _____

PHOTO
OBLIGATOIRE

DEMANDE PRÉINSCRIPTIONS AUX ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES ET/OU EXTRASCOLAIRES* :

(* si pas de besoin, barrer d'un "/" et à renvoyer)

▲ 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 ; 6^{ème} moins de 11 ans)

MERCREDIS

À LA JOURNÉE

LE MATIN

L'APRÈS-MIDI

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

VACANCES SCOLAIRES ! 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 !

▲ **TRANSPORT SCOLAIRE** : OUI NON ! Si besoin, remplir obligatoirement la Fiche ④ « Transport scolaire », dédiée à cette prestation.

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 2024/2025.

Votre dossier d'inscriptions fait l'objet d'un traitement automatisé destiné à faciliter son classement ainsi que la recherche d'informations. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), ce fichier est à usage interne du Guichet unique, des services Ecoles /Jeunesse /Petite Enfance, et de la Régie municipale de la Ville de LA VALETTE-DU-VAR. Vous pouvez à tout moment accéder aux informations vous concernant, demander leur rectification ou leur effacement (en fonction des délais légaux), en prenant directement contact en mairie avec le Guichet unique, les services Ecoles /Jeunesse /Petite Enfance, et de la Régie municipale.

SANTÉ

• **PROJET d'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI).** Votre enfant est-il concerné par un PAI : NON OUI

SI OUI : ⇒ **ALLERGIES :** . ASTHME OUI NON . MÉDICAMENTEUSES OUI NON
 . ALIMENTAIRES OUI NON si oui : PANIER-REPAS OUI NON

⇒ **AUTRES,** préciser _____

Attention ! Le PAI doit être obligatoirement prescrit médicalement et établi avant la fréquentation des activités.

L'ordonnance et les médicaments liés à ce PAI devront être fournis dès le premier jour de la fréquentation aux activités (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice).

! Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

- Préciser ci-après toutes informations utiles : _____

• **AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...).** A PRÉCISER CI-APRÈS EN STIPULANT 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**

à jour : _____ date dernier rappel : _____
 . DIPHTÉRIE OUI _____
 . TÉTANOS * OUI _____
 . POLIOMYÉLITE OUI _____

• **VACCINS RECOMMANDÉS**

à jour : _____ date dernier rappel : _____
 . HÉPATITE B OUI _____
 . R.O.R OUI _____
 . COQUELUCHE OUI _____

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. _____

PARENT 1 PARENT 2 TUTEUR/FAMILLE D'ACCUEIL, responsable(s) légal(aux) :

AUTORISE/AUTORISONS MON/NOTRE ENFANT : NOM/Prénom _____

- 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/CM2/6°), 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) : Parent 1 Parent 2 Belle-mère Beau-père Tuteur / Famille d'accueil