

MAIRIE DE MEZIRE
05 ROUTE DE LA FORGE
90 120 MEZIRE
03.84.27.80.75

mairie.mezire@wanadoo.fr



SERVICE PERISCOLAIRE

03.84.27.70.09

periscolaire.mezire@orange.fr

FICHE D'INSCRIPTION 2017/2018 RESTAURATION ET PERISCOLAIRE

ENFANT(S) A INSCRIRE

Nombre d'enfants :

Précisez pour chacun :

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom : Nom :
Date de naissance :	Date de naissance :	Prénom :
Classe :	Classe :	Date de naissance :

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

PERE	MERE
Nom-Prénom.....	Nom-Prénom.....
Adresse.....	Adresse.....
Code Postal.....	Code Postal.....
Ville.....	Ville.....
Tél Domicile.....	Tél Domicile
Tél Portable.....	Tél Portable.....
Tél Professionnel.....	Tél Professionnel.....
Adresse Mail	Adresse Mail
Employeur *	Employeur *
.....
<u>*Joindre OBLIGATOIREMENT une attestation de l'employeur</u>	<u>*Joindre OBLIGATOIREMENT une attestation de l'employeur</u>

INSCRIPTIONS AUX DIFFERENTS SERVICES

<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> RESTAURATION</p> <p><input type="checkbox"/> Régulièrement <input type="checkbox"/> Occasionnellement</p> <p style="text-align: right;">Précisez : *</p> <p><input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi</p> <p>Régime spécial :</p> <p><input type="checkbox"/> Sans Porc <input type="checkbox"/> Sans Viande</p> <p><u>Allergies alimentaires: Précisez</u></p> <p>.....</p> <p>Facturation selon la grille tarifaire mentionnée en page 3 du règlement.</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> PERISCOLAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> Régulièrement <input type="checkbox"/> Occasionnellement</p> <p style="text-align: right;">Précisez : *</p> <p>Lundi</p> <p><input type="checkbox"/> Matin entre 7h00 et 8h30 <input type="checkbox"/> Midi entre 11h30 et 12h <input type="checkbox"/> Soir entre 16h et 18h00</p> <p>Mardi</p> <p><input type="checkbox"/> Matin entre 7h00 et 8h30 <input type="checkbox"/> Midi entre 11h30 et 12h <input type="checkbox"/> Soir entre 16h et 18h00</p> <p>Mercredi</p> <p><input type="checkbox"/> Matin entre 7h00 et 8h30</p> <p>Jeudi</p> <p><input type="checkbox"/> Matin entre 7h00 et 8h30 <input type="checkbox"/> Midi entre 11h30 et 12h <input type="checkbox"/> Soir entre 16h et 18h00</p> <p>Vendredi</p> <p><input type="checkbox"/> Matin entre 7h00 et 8h30 <input type="checkbox"/> Midi entre 11h30 et 12h <input type="checkbox"/> Soir entre 15h et 18h00</p>
---	---

***Fournir un planning précisant les jours de présence (au mois, à la semaine etc.) Nous ne prendrons que les inscriptions écrites.**

Régime d'appartenance de l'Allocataire CAF :

Régime général

Régime spécial (SNCF, RATP, EDF GDF, MSA)

N° Allocataire CAF :

Caisse :

N° Sécurité Sociale :

Caisse d'affiliation :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON *

***Une fiche sanitaire par enfant inscrit.**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Sexe :

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé de l'enfant ou vous pouvez si vous le souhaitez joindre une copie de celui-ci)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (Précisez)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires **joindre un certificat médical de contre-indication.**

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un traitement médical à prendre pendant les heures d'accueil ? Oui Non

Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec notice).

- L'enfant souffre-t-il d'une allergie et/ou d'une maladie chronique ? Oui Non

Si oui, précisez :

- Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses dentaire, etc.? Oui Non

Si oui, précisez :

MEDECIN TRAITANT :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e) :, représentant légal de l'enfant :
.....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance et approuver le règlement des services de restauration scolaire , d'accueil périscolaire et des activités pédagogiques qui pourra être révisé par le Conseil Municipal en cas de nécessité et l'accepte.

- Autorise l'accès à mon dossier d'allocataire CAF.
- Autorise les prises de vue en groupe et/ou seul de mon enfant pour diffusion dans la presse, bulletin communal, et/ou le site internet de la Commune.
- Autorise que mon enfant soit maquillé avec des produits adaptés.
- Autorise mon enfant à se rendre et quitter seul l'accueil périscolaire (excepté les enfants de la maternelle).
- Autorise M..... à emmener et rechercher mon enfant à l'accueil périscolaire.
- Autorise le responsable des services ou le personnel d'encadrement à administrer les médicaments selon la posologie précisée par écrit.
- Autorise le transfert de mon enfant, par les services d'urgence (SAMU /POMPIER), à l'établissement de soin le plus proche.
- Autorise toute intervention chirurgicale rendue nécessaire par l'état de mon enfant.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS :

NOM-Prénom : Lien de parenté Tél :

NOM-Prénom : Lien de parenté Tél :

NOM-Prénom : Lien de parenté Tél :

Fait à Méziré, Le

Signature