

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 2023/2024 RESTAURATION ET PERISCOLAIRE

ENFANT(S) A INSCRIRE

Nombre d'enfants :

Précisez pour chacun :

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

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

PARENT 1	PARENT 2
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 *
.....
*Joindre OBLIGATOIREMENT une attestation de l'employeur	*Joindre OBLIGATOIREMENT une attestation de l'employeur

INSCRIPTIONS AUX DIFFERENTS SERVICES

<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <u>RESTAURATION</u></p> <p><input type="checkbox"/> Régulièrement <input type="checkbox"/> Occasionnellement</p> <p style="text-align: center;">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>Allergies alimentaires : Précisez</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <u>PERISCOLAIRE</u></p> <p><input type="checkbox"/> Régulièrement <input type="checkbox"/> Occasionnellement</p> <p style="text-align: center;">Précisez : *</p> <p>Lundi</p> <p><input type="checkbox"/> Matin entre 7h00 et 8h30 <input type="checkbox"/> Midi de 11h30 à 12h <input type="checkbox"/> Soir entre 16h30 et 18h00</p> <p>Mardi</p> <p><input type="checkbox"/> Matin entre 7h00 et 8h30 <input type="checkbox"/> Midi de 11h30 à 12h <input type="checkbox"/> Soir entre 16h30 et 18h00</p> <p>Jeudi</p> <p><input type="checkbox"/> Matin entre 7h00 et 8h30 <input type="checkbox"/> Midi de 11h30 à 12h <input type="checkbox"/> Soir entre 16h30 et 18h00</p> <p>Vendredi</p> <p><input type="checkbox"/> Matin entre 7h00 et 8h30 <input type="checkbox"/> Midi de 11h30 à 12h <input type="checkbox"/> Soir entre 16h30 et 18h00</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Facturation selon la grille tarifaire mentionnée en page 3 du règlement

***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 (MSA)

N° Allocataire CAF :

Caisse :

N° Sécurité Sociale :

Caisse d'affiliation :

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'organisation et la gestion de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement de la Commune (inscriptions, contacts, facturation...), et seront à ce titre conservées pendant 2 ans. Les destinataires de ces données sont la directrice de l'accueil périscolaire et le service administratif de la Commune. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat de Mairie.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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)

Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir du 1.01.2018	Date derniers rappels	Vaccins obligatoires pour les enfants nés avant le 01.01.2018	Date derniers rappels	Vaccins recommandés pour les enfants nés avant le 01.01.2018	Date derniers rappels
Diphtérie		Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Poliomyélite		Coqueluche	
Coqueluche				BCG	
Haémophilus influenzae B				Autres (Précisez)	
Hépatite B					
Méningocoque C					
Pneumocoque					
Rougeole-Oreillons-Rubéole					

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 :

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'organisation et la gestion de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement de la Commune (inscriptions, contacts, facturation...), et seront à ce titre conservées pendant 2 ans. Les destinataires de ces données sont la directrice de l'accueil périscolaire et le service administratif de la Commune. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat de Mairie.