



DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNEE 2024-2025
ACCUEIL PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE
ETUDES SURVEILLEES – RESTAURATION

DOSSIER A REMETTRE
EN MAIRIE AU SERVICE
REUSSITE EDUCATIVE
AVANT LE 5 JUILLET
2024

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : Sexe : Fille Garçon

Ecole fréquentée en 2024/2025 Classe :

PARTICIPATION AUX ACTIVITES :

Accueil : 7h-8h30 16h30-18h 18h-19h
Accueil de loisirs Etudes surveillées 16h30-18h00

RESTAURATION :

lundi mardi jeudi vendredi occasionnel
sans porc PAI

| | RESPONSABLE LEGAL 1 | RESPONSABLE LEGAL 2 |
|---|---------------------|---------------------|
| Nom et prénom | | |
| adresse | | |
| N° portable | | |
| Adresse mail | | |
| N° sécurité sociale | | |
| Le nom d'assurance civile + N° de contrat | | |

AUTORITE PARENTALE

Mère et père conjointement Mère Père Autre

| J'autorise mon enfant à | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| participer aux éventuelles sorties et à utiliser les transports collectifs sur la commune et hors commune | | |
| être photographié ou filmé. Les images ne sont utilisées que dans le strict cadre municipal (magazine, vidéo interne, Facebook, etc...) | | |
| se faire maquiller | | |

Départ de l'enfant

L'enfant (scolarisé en élémentaire) peut-il repartir seul chez lui à 18h ?

| | oui | non |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Après l'accueil de loisirs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Après l'accueil périscolaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Après l'étude surveillée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si non, avec qui peut-il repartir ?

1^{ère} personne (nom-prénom) :

N° téléphone :

2^{ème} personne (nom-prénom) :

N° téléphone :

3^{ème} personne (nom-prénom) :

N° téléphone :

4^{ème} personne (nom-prénom) :

N° téléphone :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

1/Vaccinations (à remplir obligatoirement) : Noter la dernière date de rappel

| | |
|--|--|
| 1 /La diphtérie, le tétanos, la polio, la coqueluche, hépatite B | |
| 2/Vaccination contre les infections à pneumocoque | |
| 3/ Vaccination contre les infections invasives à méningocoque | |
| 4/La rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) | |

2/Allergies

| | Oui | Non | Si oui, précisez : |
|-------------------------|-----|-----|--------------------|
| Asthmes – respiratoires | | | |
| Alimentaires | | | |
| Médicamenteuses | | | |
| Autres allergies | | | |

3/Appareillages

| | oui | non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| L'enfant porte-t-il des lunettes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4/ Autres protocoles :

| | Oui | Non | Observations : |
|---|-----|-----|----------------|
| Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) | | | |
| L'enfant est en situation de handicap ou un problème de santé | | | |



ATTENTION : Aucun médicament* ne sera administré à votre enfant en dehors d'un PAI.

*Ne pas en mettre dans le sac de votre enfant

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils périscolaires et extrascolaires
(Voir sur le site de la commune dans « formulaire pré paiement »)

Les représentants légaux, déclarent l'exactitude des informations apportées sur cette fiche,
Autorisent la direction de l'accueil périscolaire et extrascolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, transfert à l'hôpital) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à Emerainville le

Signature

La présente fiche a une validité d'un an (année scolaire)

**AUCUN ENFANT NE SERA ACCEPTE DANS LES STRUCTURES D'ACCUEIL ET DE LOISIRS-CANTINE ET ETUDE SURVEILLEE
SANS QUE CETTE FICHE NE SOIT REMISE AU PREALABLE EN MAIRIE (service à la réussite éducative)**