



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)**