






Nom et Prénom de l'enfant : _____

Ecole : _____ Classe : _____


ANNEE 2019-2020
DEMANDE D'INSCRIPTION
Activités Périscolaires et Extrascolaires


RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT:


NOM : Prénom :
 Né(e) le à (Ville et n° de département) Sexe : M F
 Age :
 Adresse de l'enfant :
 Code postal/Ville :


	Responsable 1	Responsable 2
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Code postal		
Ville		
 Domicile		
 Portable		
@ Mail		
Profession		
Entreprise		
 Travail		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Décédé	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Décédé
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N°allocataire CAF :		

Autres personnes habilitées à récupérer l'enfant :

Nom :
 Prénom :
 :

Nom :
 Prénom :
 :

Nom :
 Prénom :
 :

Nom :
 Prénom :
 :

En cas de séparation, il est indispensable de renseigner les adresses des 2 responsables légaux

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM :

Téléphone :

Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant :

FICHE SANITAIRE

(Joindre une photocopie lisible du carnet de santé de l'enfant)

- L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON
- L'enfant a-t-il des allergies ?
- Asthme Médicamenteuse
 - Alimentaire
 - Pathologie pouvant être affectée par la prise d'un repas :
 - Autre :
- Régime Alimentaire : Végétarien Sans porc Sans viande Sans gluten
- Port de lunettes : OUI NON Préciser :
- Prothèse dentaire : OUI NON Préciser :
- Prothèse auditive : OUI NON Préciser :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

AUTORISATIONS SPECIFIQUES

Enfant autorisé à quitter l'école ou l'accueil de loisirs seul : oui non

Je soussigné(e)

Responsable de l'enfant :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les Responsables des Accueils à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin,
- Déclare autoriser, en cas d'urgence, le transport de l'enfant dénommé ci-dessus à l'Hôpital de CHAUNY ou autre (à préciser) :
- M'engage à payer la part des frais de séjours incombant à la famille et des frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuelles non remboursées par la sécurité sociale;
- Déclare avoir pris connaissance des conditions matérielles d'accueil de mon enfant par la Ville de Chauny et certifie qu'il est actuellement apte à y séjourner et à y pratiquer les activités ainsi que les sorties proposées,
- Déclare autoriser les Responsables des Accueils à transporter mon enfant en bus ou navette dans le cadre des différentes activités mises en place et éventuellement pour le conduire à l'hôpital le plus proche en cas de blessures légères,
- Déclare autoriser pour mon enfant :
- La réalisation de prises de vues ou de film dans le cadre des différentes activités,
 - La diffusion de son image sur des supports papier ou numériques.
 - o En aucun cas, ces images ne pourront faire l'objet d'une utilisation commerciale.

Date et Signature(s) du/des responsable(s)

ACCUEIL PERISCOLAIRE EN ECOLE MATERNELLE

Je soussigné(e)

Sollicite l'inscription de l'enfantà l'accueil périscolaire en école maternelle pour les jours suivants :

Un minimum de 5 enfants par créneaux horaires conditionne l'ouverture du service.

Jours	7h45 à 8h30/8h45	11h30/11h45 à 12h15	16h30 à 18h00	Heure de reprise
Lundi				
Mardi				
Jeudi				

(Cocher les cases correspondant aux jours et heures sollicités)

Avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de ce service et des conditions tarifaires d'accueil.

Date et Signature(s) du/des responsable(s)

RESTAURATION SCOLAIRE EN ECOLE ELEMENTAIRE

Je soussigné(e)

Sollicite l'inscription de l'enfantà la restauration scolaire en école élémentaire pour les jours suivants :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Opter pour un forfait annuel

Oui

Non

Opter pour un forfait mensuel

Oui

Non

Opter pour un paiement par prélèvement automatique

Oui

Non

Avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de ce service et des conditions tarifaires d'accueil.

Date et Signature(s) du/des responsable(s)

ACTIVITES PERISCOLAIRES EN ECOLE ELEMENTAIRE

Je soussigné(e)

Sollicite l'inscription de l'enfantaux activités périscolaires en école élémentaire.

La liste des activités ainsi que leur programmation seront affichées à l'école. Une information sera faite via le carnet de correspondance. Vous devrez alors compléter une fiche d'inscription à l'activité concernée à remettre le jour des permanences d'inscription pour chaque cycle d'activités. Il est à noter que la capacité d'accueil aux activités est limitée.

Avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de ce service et des conditions d'accueil.

Date et Signature(s) du/des responsable(s)

ETUDES SURVEILLEES EN ECOLE ELEMENTAIRE

Je soussigné(e)

Sollicite l'inscription de l'enfantaux études surveillées en école élémentaire pour les jours suivants en fonction de l'ouverture du service :

Lundi Mardi Jeudi

Avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de ce service et des conditions tarifaires d'accueil.

Date et Signature(s) du/des responsable(s)

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

Je soussigné(e)

Sollicite l'inscription de l'enfant

Avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de ce service et des conditions tarifaires d'accueil.

Votre enfant sait-il nager ?

Oui

Non

Date et Signature(s) du/des responsable(s)

Pièces jointes :

- Règlement de fonctionnement des différentes activités
- Grille Tarifaire

Pièces à fournir (obligatoirement) :

- **Copie des vaccinations**
- **Attestation d'assurance Responsabilité civile scolaire et extra scolaire**
- **Justificatif de domicile**
- **Photo d'identité**
- **Dossier dûment rempli**