

Enfant

Nom : Prénom :

Sexe : M F Né(e) le : à

Adresse :

Code postal : Commune :

Ecole : Classe :

Situation familiale

Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) / Séparé(e) Garde Alternée
monoparentale veuve ou veuf

Responsables légaux

Responsable de l'enfant	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom		
Prénoms		
Lien social avec l'enfant		
Adresse <small>si autre que celle de l'enfant</small>		
Tél. domicile		
Tél. portable		
e-mail		
N° CAF ou MSA		
Profession		
Employeur		
Téléphone professionnel		

Prestation / Fréquence	CLAE matin	Restaurant Scolaire + CLAE midi	CLAE soir
Réservation	Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> mercredi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>

L'inscription occasionnelle est possible en respectant les délais mentionnés dans les règlements intérieurs. (Voir ci-joints)

Responsable PayeurResponsable légal 1 Responsable légal 2 Autre

Si Autre : NomPrénom

Adresse :

Code postal :Commune :

Documents à fournir impérativement**Pour une inscription scolaire**

- Copie du livret de famille
- Copie d'un justificatif de domicile (- de 3 mois : facture EDF...)
- Copie du certificat de radiation si scolarisé dans une autre école auparavant
- Copie du jugement de divorce ou de séparation

**Pour une inscription restauration et CLAE
(Prestations payantes non obligatoires)**

- Copie des pages de vaccination du carnet de santé
- Attestation d'assurance scolaire responsabilité civile et risques individuels
- **Pour le calcul des tarifs 2018** (du 01.01.2018 au 31.12.2018): fournir attestation du quotient familial de la CAF ou bien de la MSA, selon la caisse vous versant les allocations. Pour les familles ne percevant aucune allocation, veuillez fournir le dernier avis d'imposition (celui de 2017 sur les revenus 2016)

Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs ci-joints.

J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage en cas de changement de ces informations à les signaler auprès du Service Education de la Mairie de Marmande.

Marmande, le

Signatures :

le Responsable légal 1

et / ou le responsable légal 2

INSCRIPTION

Centre de Loisirs Associé à l'Ecole (CLAE)

Année 2018- 2019

Marmande

T E R R E D E G A R O N N E

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

☛ **J'autorise mon enfant à quitter l'école seul :** OUI NON *(Rappel : les enfants des écoles maternelles ne peuvent pas partir seul)*

Si non, personnes habilitées à venir chercher l'enfant en dehors des responsables légaux

NOM Prénom	Lien social	N° de téléphone

Dans le cadre des activités périscolaires, les équipes d'animation sont amenées à filmer ou prendre vos enfants en photo, ceci pour un usage INTERNE (exposition, projet vidéo, informatique, etc....)

☛ **J'autorise l'équipe d'animation à filmer ou à prendre en photo mon enfant:**OUI NON

Dans le cadre des temps CLAE midi, des activités hors de l'école peuvent être proposées à vos enfants, celles-ci sont menées et encadrées par l'équipe d'animation.

☛ **J'autorise mon enfant à participer à ces activités extérieures :**OUI NON

Dans le cadre des activités périscolaires des **élémentaires**, l'équipe d'animation du CLAE propose à vos enfants une aide aux devoirs les lundis, mardis et jeudis soir à partir de 16h30.

Cet accueil sera organisé en fonction des effectifs et suivant les besoins des enfants en concertation avec l'équipe enseignante.

☛ Je soussigné(e), Monsieur ou Madame,
souhaite que mon enfant
participe à cette étude :

Lundi soir : OUI NON Mardi soir : OUI NON Jeudi soir : OUI NON **ASSURANCE DE VOTRE ENFANT** (partie réservée à l'administration)

Attestation d'assurance scolaire 2018/2019 fournie au service Education

Oui Non

J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage en cas de changement de ces informations à les signaler auprès du Service Education de la Mairie de Marmande.

Marmande, le

Signatures : le Responsable légal 1 et / ou le responsable légal 2



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Includes rows for Diphtérie, Hépatite B, and BCG.

Copie des pages du carnet de vaccinations

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME, ALIMENTAIRES, MÉDICAMENTEUSES, AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES