

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 2017** (du 01.01.2017 au 31.12.2017): copie de l'avis d'imposition 2016 sur les revenus 2015 (des deux parents si non mariés ou pacsés) si non fourni précédemment.
- **Pour le calcul des tarifs 2018** (du 01.01.2018 au 31.12.2018): dès réception, copie de l'avis d'imposition 2017 sur les revenus 2016 (des deux parents si non mariés ou pacsés).

Partie réservée à l'administration

Copie de l'avis d'imposition 2016 remis : oui Non

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 2017- 2018

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 2017/2018 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

1 - ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 ?

RUBÉOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non 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 PARCOURANT 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) requises 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