



FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION DES SERVICES PERISCOLAIRES  
(Restauration scolaire et Accueil périscolaire)

*Cette fiche est obligatoire pour l'inscription de votre enfant. Il vous est demandé de communiquer tout changement de situation (adresse, numéro de téléphone, personnes autorisées à venir chercher votre enfant).*

RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

Enfant

NOM ET PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

Représentants légaux

	Représentant légal 1	Représentant légal 2
Nom et Prénom		
Adresse		
Profession		
 Domicile		
 Portable (Obligatoire)		
 Professionnel		
@EMAIL (Obligatoire)		
Numéro CAF <b>Si quotient familial &lt;1000</b> (Obligatoire)		
Facturation séparée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

J'ai pris connaissance du règlement de fonctionnement voté au Conseil Municipal et des modalités, de tarification et d'inscription sur le site Internet Gestion-Cantine, liées au service.



## Renseignements médicaux

*Cette partie permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en Accueil Collectif de Mineurs). Ces données sont strictement confidentielles.*

### 1. LA VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de nous joindre par courrier ou par mail, un certificat de contre-indication.

Obligatoires	Recommandés et/ou <u>obligatoires pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018</u>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diphtérie</li><li>• Tétanos</li><li>• Poliomyélite</li></ul> <p><u>DATE des derniers rappels :</u></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Coqueluche :</li><li>• Haemophilus : 1</li><li>• Rubéole-Oreillons-Rougeole :</li><li>• Hépatite B :</li><li>• Pneumocoque :</li><li>• BCG</li><li>• Méningocoque C :</li></ul> <p><u>DATE des derniers rappels :</u></p>

« Je certifie que la vaccination obligatoire de mon enfant est à jour et que les rappels obligatoires seront effectués tout le long de sa scolarité »

### 2. LES TRAITEMENTS

Votre enfant suit-il un traitement médical nécessitant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) sur le temps périscolaire ? Si oui, lequel ?

### 3. LES ALLERGIES

Votre enfant a-t-il une ou des allergie(s) alimentaires ou médicamenteuses ? Si oui, merci de transmettre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

### 4. LES AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier (sans viande, sans porc, végétarien), porte-t-il une paire de lunettes, des lentilles de contact, un appareil auditif.

### Autres autorisations

- J'autorise les services de la commune à me communiquer par mail toute information en lien avec le service périscolaire ou toute activité ou échange entre la commune, les parents et les enfants.
- J'autorise mon enfant à participer aux activités du midi de 12h30 à 13h30.

J'accepte que les services périscolaires photographient ou filment mon enfant et utilisent les documents dans :

- Les animations de l'accueil périscolaire.
- Le blog sécurisé de l'accueil périscolaire.
- Le site Internet municipal.
- Le journal municipal Les Ronches.
- Les journaux régionaux.

### Signatures :

**Rappel : Merci de fournir une attestation d'assurance.**

- En tant que représentant légal, j'atteste l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires ainsi que son annexe 1, l'avoir lu et signé avec mon enfant et je m'engage à le respecter.