

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## 2024-2025

**Commun aux 4 services :**  
**Etude surveillée-Restaurant scolaire**  
**Garderie périscolaire-Accueil de loisirs mercredis et vacances**

**ENFANT : 1**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Garçon  Fille

**ENFANT : 2**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Garçon  Fille

**INSCRIPTION :**

Ecole publique maternelle  Ecole publique élémentaire  Ecole St Hughes

Classe : enfant 1 : ..... Enfant 2 : .....

Nom de l'enseignant : enfant 1 : ..... Enfant 2 : .....

**LES PARENTS :** Situation familiale : Marié(e)  Vie maritale  Célibataire  Veuf(ve)  Divorcé(e)

Nom / prénom du père : .....

.....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Tél. domicile : .....

Tél. portable : .....

Tél. travail : .....

Profession : .....

Courriel : .....

N° allocataire CAF/MSA : .....

Quotient familial : .....

Famille nombreuse (3 enfants et +): oui  non

Nom / prénom de la mère : .....

.....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Portable : .....

Tél. Travail : .....

Profession : .....

Courriel : .....

N° allocataire CAF/MSA : .....

Quotient familial : .....

Famille nombreuse (3 enfants et +): oui  non

# AUTORISATION PARENTALE

ANNEE SCOLAIRE : 2024 - 2025

Les parents sont priés de venir chercher leur(s) enfant(s) ou bien de le(s) faire récupérer par une ou d'autre(s) personne(s), âgé(es) d'au moins 16 ans (pour l'accueil périscolaire), dont le(s) nom(s) est(sont) communiqué(s) au personnel d'encadrement.

Il est impératif que les familles respectent l'horaire défini.

Je soussigné(e) .....

**AUTORISE** M ou Mme .....

Adresse .....

N° de téléphone .....

**AUTORISE** M ou Mme .....

Adresse .....

N° de téléphone .....

En cas d'inscription régulière (à l'année) merci de cocher les jours concernés

Cantine : Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Garderie : Matin : Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

AM : Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Etude : **Pour l'étude inscription au trimestre**

Bulletin d'inscription à télécharger sur le site internet de la mairie et à déposer au PEJ lors des permanences du 24 au 27 juin pour le 1<sup>o</sup> trimestre

Accueil de loisirs :  (Les inscriptions se font lors des permanences)

- J'accepte que mon enfant soit pris en photo (Dauphiné, bulletin municipal, expo...)
- J'autorise mon enfant à utiliser les transports (car, mini-bus, transports en commun) pour les sorties extérieures
- J'accepte les règlements de fonctionnement de tous les services
- J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul après les Temps d'Activités Périscolaires.
- J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul après les activités de l'accueil de loisirs (mercredis et vacances scolaires)

Date : .....

Signature :

**Photocopie du carnet de vaccination**

**Attestation d'assurance en responsabilité civile des responsables légaux au nom des enfants :**

**Fournir attestation quotient familial**

**Photocopie avis d'imposition sur revenus 2022 pour les familles nombreuses**

**Photocopie du jugement en cas de séparation attestant du mode de garde**

**Fiche sanitaire 2024/25 complétée et signée**

DOCUMENTS OBLIGATOIRES

# FICHE SANITAIRE 2024-2025

ENFANT :

GARCON

FILLE

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

AGE (à l'inscription) : \_\_\_\_\_

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM / PRENOM : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_

VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		R-O-R	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DTP		BCG	
Ou Tétracoque		Autre	

***Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.***

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ?

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 :**

RUBEOLE  
 Oui  non

VARICELLE  
 Oui  non

ANGINE  
 Oui  non

RHUMATHISME  
 Oui  non

SCARLATINE  
 Oui  non

COQUELUCHE  
 Oui  non

OTITE  
 Oui  non

ROUGEOLE  
 oui  non

OREILLONS  
 oui  non

**ALLERGIES :**

ASTHME  
 oui  non

ALIMENTAIRE  
 oui  non

MEDICAMENTEUSE  
 oui  non

AUTRES  
\_\_\_\_\_

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler) :**

---

---

---

---

**PRECISEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE ( maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :**

---

---

---

---

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES :**

LUNETTES  
 oui  non

LENTILLES  
 oui  non

PROTHESES AUDITIVES  
 oui  non

PROTHESES DENTAIRES  
 oui  non

AUTRES  
\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?

oui

non

Votre enfant a-t-il des problèmes d'incontinence ?

oui

non

Votre enfant est-elle réglée ?

oui

non

Autres (précisez)

\_\_\_\_\_

**PRECISEZ LES CONDUITES A TENIR :**

---

---

---

**MEDECIN TRAITANT :**

NOM : \_\_\_\_\_



: \_\_\_\_\_

COMMUNE : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, atteste que la santé de mon enfant lui permet de participer aux activités sportives et de plein air organisées par la commune d'Alleverd.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

**Cette fiche sanitaire est valable pour 2024-2025.**

Fait à Alleverd, le \_\_\_\_\_

Signature