

Pièces à fournir :

- Attestation d'assurance (Scolaire et/ou civile) en cours de validité (à renouveler pendant l'année si nécessaire)
- Copie du carnet de vaccinations à jour
- Le certificat médical ci-joint, dûment complété
- Attestation C.A.F (numéro allocataire et quotient familial) si non signalé application de la TARIFICATION 2

DOSSIER INSCRIPTION SERVICES PERISCOLAIRES

Ce dossier est valable de Juillet 2019 à Juin 2020

ACTIVITES PERISCOLAIRES & CENTRES LOISIRS 2019/2020

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	MASCULIN
CLASSE A LA RENTREE :	FEMININ

FAMILLE

Veillez écrire lisiblement

PERE	MERE
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
TEL DOMICILE :	TEL DOMICILE :
TEL PORTABLE :	TEL PORTABLE :
TEL EMPLOYEUR OU POSTE :	TEL EMPLOYEUR OU POSTE :
COURRIEL :	COURRIEL :
SITUATION FAMILIALE :	SITUATION FAMILIALE :

*En cas de séparation l'enfant vit il chez ? Son père sa mère

PERSONNES À PREVENIR EN CAS D'URGENCE (en l'absence des parents) ET AUTORISÉES À RECUPERER L'ENFANT AU NIVEAU DES SERVICES

	NOMS	Lien de parenté	Téléphone	VILLE
M. & Mme				
M. & Mme				
M. & Mme				

EMPLOI (à remplir obligatoirement)

EMPLOI / FONCTION :	EMPLOI / FONCTION :
ADRESSE EMPLOYEUR :	ADRESSE EMPLOYEUR :
TEL EMPLOYEUR :	TEL EMPLOYEUR :

ASSURANCE

Nom de la compagnie	Responsabilité civile		N° du contrat
	Individuelle		

ALLOCATIONS FAMILIALES

CAF	Montant quotient :	MSA (régime agricole)	Non Allocataire
N°		N°:	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET INFORMATIONS UTILES À L'ACCUEIL DE L'ENFANT

CERTIFICAT MÉDICAL :

Je soussigné (e)..... Docteur en médecine, certifie avoir examiné le (la) jeune.....et n'avoir constaté aucun signe contre indiquant la pratique d'activités physiques et sportives. Il (elle) ne présente aucun signe de maladies contagieuses.

Renseignements médicaux

*La vaccination de l'enfant est – elle à jour ? **OUI** **NON**

*L'enfant suit- il un traitement ? **OUI** **NON**

Si oui lequel ? (merci de fournir une ordonnance pour l'administration des médicaments).....
.....

Cachet, nom et adresse du médecin

Signature :

Date :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant porte-t-il **des lunettes** ?

OUI **NON**

Votre enfant porte-t-il **des lentilles** ?

OUI **NON**

Votre enfant porte-t-il un **appareil ou prothèses dentaires** ?

OUI **NON**

Votre enfant porte-t-il **des prothèses auditives** ?

OUI **NON**

ATTESTATION DU OU DES PARENTS OU REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT

Je déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date: / /

Signature(s):

SERVICES PÉRISCOLAIRES

GARDERIES

	MATIN (7h à 8h30)	APRES MIDI (16h30 à 18h30)
LUNDI		
MARDI		
MERCREDI		
JEUDI		
VENDREDI		

Tarifs par garderie (2.60€ violainois 3.90€ non violainois)

RESTAURANT SCOLAIRE

Votre enfant souffre-t-il d'une allergie alimentaire ? Laquelle ? _____

LUNDI	
MARDI	
MERCREDI	
JEUDI	
VENDREDI	

REGIME PARTICULIER	
Sans Porc	
Panier repas (uniquement pour les enfants souffrant d'allergies alimentaire)	

Tarif repas primaire et adolescent : 2.45€

Tarif repas maternel : 2.23€

**En attente Les fiches de réservation des services périscolaires sont à remettre auprès du Pôle Scolarité et Jeunesse avant le 24 de chaque mois avec leurs règlements, par chèque à l'ordre de scolarité & jeunesse, ou par espèces avec appoint.*

ALSH (centre de loisirs)

FREQUENTATION	ALSH MERCREDIS	PETITES VACANCES	VACANCES ETE
OCCASIONNELLE			
REGULIERE			

Tarifs des centres Loisirs : (violainois non violainois) selon quotient familial et période de centre. Se renseigner au pôle scolarité & jeunesse.

Tarif 1 : < à 1125 de quotient, Tarif 2 > ou = à 1125 de quotient

Autorisation parentale d'utilisation des photographies et vidéos d'enfants

Je soussigné(e)..... agissant en qualité de père, mère, tuteur

de l'enfant :.....qui fréquente les activités des services périscolaires de Violaines ainsi que les centres de loisirs, autorise à utiliser les photos de mon enfant dans le cadre des activités, pour constituer des photos et vidéos de groupe, les utiliser dans les exposés, les publier dans la presse, sur internet (site de la ville), etc...

OUI NON (entourer la mention utile)

Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul après les activités ? OUI NON

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées pendant les activités périscolaires.

TRANSPORT SCOLAIRE

<u>ALLER</u>		
<u>7H35-7H40</u>	<u>RUE WANDHOFEN</u>	
<u>7H45-7H50</u>	<u>Cité de la gare</u>	
<u>7h50-7h55</u>	<u>Arrêt de bus ancienne centrale</u>	
<u>8h00-8h05</u>	<u>Rue d'Ouvert</u>	
<u>8h05-8h10</u>	<u>Rue du Marais</u>	
<u>8h10</u>	<u>Rue Louis Bauchet</u>	
<u>8h10-8h15</u>	<u>Rue du Rétuy (à niveau de l'auto-école</u>	
<u>8h20-8h35</u>	<u>Ecole martenelle et primaire</u>	
<u>RETOUR</u>		
<u>16h40</u>	<u>Ecole martenelle et primaire</u>	
<u>16h45-16h50</u>	<u>RUE WANDHOFEN</u>	
<u>16h50-16h55</u>	<u>Rue d'Ouvert</u>	
<u>16h55-17h00</u>	<u>Rue du Marais</u>	
<u>17h00-17h05</u>	<u>Rue Louis Bauchet</u>	
<u>17h05-17h10</u>	<u>Rue du Rétuy (à niveau de l'auto-école</u>	
<u>17h10-17h15</u>	<u>Rue de Canteleu</u>	
<u>17h15-17h25</u>	<u>Cité de la gare</u>	
<u>17h20-17h30</u>	<u>Arrêt de bus ancienne centrale</u>	
<u>17h40</u>	<u>Mairie</u>	

(Sous réserve de modifications horaires et lieux à la rentrée scolaire)

Je soussigné(e) Monsieur, Madame, atteste(nt) avoir pris connaissance de l'ensemble des règlements de fonctionnement correspondant aux services périscolaires et s'engage(nt) à s'y conformer, et à prendre en charge les frais correspondants à chaque service fréquenté pour l'année 2019 /2020

Date / /

Signature(s)