

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)

DOSSIER INSCRIPTION SERVICES PERISCOLAIRES

ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES & CENTRES LOISIRS 2016/2017

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 (joindre la photocopie du carnet de vaccinations)
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 :

Votre enfant porte-t-il des lunettes ou des lentilles ? 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 (Violainois 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€

**Les factures sont envoyées par mail au début de chaque mois. Elles sont à régler pour le 15 de chaque mois auprès du Pôle Scolarité et Jeunesse, par chèque à l'ordre du trésor public, ou par espèces avec appoint.*

ALSH (centre de loisirs)

	RÉGULIÈREMENT	OCCASIONNELLEMENT
Mercredi Après - midi		
Petites Vacances		
Vacances d'été		

Tarifs des mercredis : (Violainois non Violainois) selon quotient familial

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)

N.A.P (Nouvelles Activités Périscolaires)

<u>PÉRIODES</u>	
<u>P1 DU 01/09/16 AU 19/10/16</u>	
<u>P2 DU 03/11/16 AU 16/12/16</u>	
<u>P3 DU 03/01/17 AU 11/02/17</u>	
<u>P4 DU 27/02/17 AU 08/04/17</u>	
<u>P5 DU 24/04/17 AU 08/07/17</u>	

<u>SUR L'ENSEMBLE DE L'ANNÉE SCOLAIRE</u>	
<u>Choix des jours</u>	
LUNDI	
MARDI	
JEUDI	
VENDREDI	

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 N.A.P

TRANSPORT SCOLAIRE

	<u>Point d'attente</u>	<u>Matin</u>	<u>choix</u>	<u>Soir</u>	<u>choix</u>
<u>Rue Wandhoffen</u>	<u>Champs de fraise</u>	<u>7h38</u>		<u>16h43</u>	
<u>Rue d'Ouvert</u>		<u>7h43</u>		<u>16h48</u>	
<u>Rue du Marais</u>	<u>Arrêt de Bus</u>	<u>7h48</u>		<u>16h53</u>	
<u>Rue Louis Bauchet</u>	<u>N° 10</u>	<u>7h55</u>		<u>17h00</u>	
<u>Rue du Rétuy</u>		<u>7h58</u>		<u>17h03</u>	
<u>Pont de Bois</u>	<u>Après le Pont à l'arrêt</u>	<u>8h05</u>		<u>17h10</u>	
<u>Cité de la Gare</u>		<u>08h10</u>		<u>17h15</u>	

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

Je soussigné(e) Monsieur, Madame, _____ atteste (ons) avoir pris connaissance de l'ensemble des règles de fonctionnement correspondant aux services périscolaires et s'engage(ons) à s'y conformer, et à prendre en charge les frais correspondants à chaque service fréquenté pour l'année 2016 /2017

Date / /

Signature(s)

LE DOSSIER DOIT ÊTRE DÉPOSÉ IMPÉRATIVEMENT AU PÔLE JEUNESSE & SCOLARITÉ AU PLUS TARD LE 20 JUIN 2016.

IL SERA VALIDE POUR TOUTE L'ANNÉE SCOLAIRE 2016/2017 AU NIVEAU DE TOUS LES SERVICES PERISCOLAIRES (CANTINE, N.A.P, GARDERIE, CENTRE DE LOISIRS). LES DOCUMENTS SONT A FOURNIR UNE FOIS POUR TOUTE L'ANNÉE (sauf attestation d'assurance à renouveler à la date d'expiration).