

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PAUSE MERIDIENNE AVEC REPAS ^{ET/OU} PERISCOLAIRE ^{ET/OU} EXTRASCOLAIRE ANNEE SCOLAIRE 2021/2022

NOM.....Prénom.....

Sexe M : F :

Date de naissance.....Niveau* : PS/MS/GS/CP/CE1/CE2/CM1/CM2

Numéro d'Allocataire de la CAF :Quotient familial :

COORDONNEES DES PARENTS :

Le père, la mère ou le tuteur* :

Nom prénom

Adresse.....

E mail.....

Tel maison.....

Tel portable.....

Tel Travail.....

Profession.....

Responsable légal oui non

Le père, la mère ou le tuteur* :

Nom prénom

Adresse

E mail.....

Tel maison.....

Tel portable.....

Tel Travail.....

Profession.....

Responsable légal oui non

***Entourer la mention utile**

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D' URGENCE (en dehors des parents)

Nom – Prénom	Téléphone	Lien de parenté

PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT (en dehors des parents)

Nom – Prénom	Téléphone	Lien de parenté

Nom et adresse du médecin traitant : TEL :

Allergie : oui non

Si oui laquelle :

Traitement : oui non

Si oui lequel :

Recevoir les factures uniquement par email : oui non

Les factures ne vous seront plus envoyées par courrier postal.

PAI (projet d'accueil individuel) : oui non

Autorisez-vous que votre enfant soit pris en photo par les services municipaux lors des manifestations organisées et que les photos soient diffusées sur les supports de la mairie (site internet, journal municipal)

Oui non

FICHE D'INSCRIPTION

Pause méridienne avec repas :

- Inscription ANNUELLE Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Inscription SAISONNIERE du 06/12/2021 au 15/04/2022
 Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Les périscolaires 7h20-8h20 / 16h30-18h30

J'ai besoin d'un service le matin de 7h20 – 8h20 :

- Inscription ANNUELLE Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Inscription SAISONNIERE du 06/12/2021 au 15/04/2022
 Lundi Mardi Jeudi Vendredi

J'ai besoin d'un service le soir 16h30-18h30

- Inscription ANNUELLE Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Inscription SAISONNIERE du 06/12/2021 au 15/04/2022
 Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Accueil de loisirs « les Cristalliers » mercredis de 7h30 à 18h30 :

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Inscription JOURNEE AVEC REPAS | <input type="checkbox"/> Annuelle | <input type="checkbox"/> Saisonnière* | <input type="checkbox"/> Occasionnelle |
| <input type="checkbox"/> Inscription ½ JOURNEE AVEC REPAS | <input type="checkbox"/> Annuelle | <input type="checkbox"/> Saisonnière* | <input type="checkbox"/> Occasionnelle |
| <input type="checkbox"/> Inscription ½ JOURNEE SANS REPAS | <input type="checkbox"/> Annuelle | <input type="checkbox"/> Saisonnière* | <input type="checkbox"/> Occasionnelle |

*Inscription du 06/12/2021 au 15/04/2022

Mon enfant prend le bus à 16h30 à destination de (Arrêt du bus).

Mon enfant est récupéré par une personne autorisée à 16h30 à partir de 17h00.

Je reconnais avoir pris connaissance des tarifs fixés par délibération du conseil municipal, des règlements communaux et des modalités d'organisation.

J'autorise mon enfant à être transporté par car en cas de nécessité liée à l'activité.

En cochant cette case vous acceptez que les données personnelles vous concernant et collectées dans ce formulaire, soient transmises et conservées par la collectivité, à des fins de services

Nous vous rappelons que dans le cadre du RGPD (Règlement européen sur la protection des données) la collectivité s'engage à ne pas diffuser les informations collectées et que vous pouvez à tout moment revenir sur cette autorisation en en faisant la demande écrite par mail ou par courrier à la mairie

Au Bourg d'Oisans, le.....

SIGNATURE

REGLES DE VIE A RESPECTER

Lors des accompagnements Pause méridienne avec repas - Périscolaire et extrascolaire

Les accueils de la pause méridienne avec repas, du périscolaire et extrascolaire sont des services mis à la disposition des familles pour leur être utiles.

Le règlement est affiché dans l'établissement et, est porté, à la connaissance des enfants par les animateurs.

RAPPEL DE QUELQUES REGLES ESSENTIELLES DE BONNE CONDUITE

- Ne pas oublier de dire « bonjour » et « au revoir » B-A-BA de la politesse.
- Respecter et suivre les consignes des animateurs et des agents.
- Respecter les adultes encadrant des différents services.
- Ne pas se battre ou s'injurier mais jouer et participer aux activités calmement en respectant ses camarades.

Le non-respect de ces quatre règles de conduite peut entraîner une réunion de la commission enfance afin de prendre les décisions nécessaires.

Je soussigné(e),, reconnais avoir pris connaissance :

- des règles de vie à respecter
- des tarifs fixés par délibération du conseil municipal,
- des règlements communaux et des modalités d'organisation.
- du règlement intérieur des transports scolaires.

J'autorise mon enfant à être transporté par car en cas de nécessité liée à l'activité.

Fait au Bourg d'Oisans, le

Signature des parents

Je soussigné(e), autorise la consultation de mon compte CAF par le service enfance. (Quotient familial)

Fait au Bourg d'Oisans, le

Signature des parents

DOCUMENTS A FOURNIR POUR VALIDATION

- Fiche de renseignements et d'inscription signées.*
- Fiche sanitaire.*
- La photocopie des vaccinations obligatoires.*
- La photocopie du dernier quotient familial.*
- La photocopie d'attestation d'assurance responsabilité civile. (2021/2022)*
- Un RIB (pour prélèvement)*

AUCUNE PHOTOCOPIE NE SERA FAITE EN MAIRIE

Indiquer clairement **au stylo rouge toutes les modifications** concernant votre adresse postale, adresse mail ou téléphone.

**Document à remettre en mairie du Bourg
d'Oisans au plus tard le 9 août 2021**

**MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT**

NOM :	PRENOM :	Date de naissance / âge
--------------	-----------------	--------------------------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (Informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL** **TEL PORTABLE**

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

..... **N° SECURITE SOCIALE** (dont dépend l'enfant) :

..... **(OBLIGATOIRE)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL :