

PERISCOLAIRE/CANTINE—MERCREDIS —

ALSH Printemps et été

DOSSIER D'INSCRIPTION 2024—2025

PIÈCES À JOINDRE :

- Dossier complété
- Avis d'imposition 2024 sur les revenus de 2023
- Justificatif de domicile (factures, quittances de loyers....)
- Photocopies : Carnet de vaccination, carte vitale, mutuelle
- Attestation d'assurance
- Autorisations parentales (décharges, droit d'image, maquillage (voir pages 4 et 5))

Cadre réservé au périscolaire

Revenus :

Nombre d'enfants dans la famille :

Quotient familial :

Prix de la journée :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

NOM : PRENOM :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :/...../.....

Age : ans

Classe :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL :

NOM : PRENOM :

Adresse :

Téléphone fixe :

Adresse mail :

Téléphone portable du père :

Téléphone portable de la mère :

Profession du père : Employeur :

Profession de la mère : Employeur :

N° de sécurité sociale :

Etes-vous allocataire CAF ? OUI NON Si oui, N° d'allocataire :

Caisse d'appartenance : BEAUVAIS CREIL AUTRE (Dans ce cas précisez :))

Percevez-vous des allocations CAF ? : OUI NON

Autre régime : MSA SNCF EDUCATION NATIONALE AUTRE (Dans ce cas précisez :))

Avez-vous une mutuelle ? Si oui, nom et adresse :

FICHE DE LIAISON SANITAIRE :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les périodes de centre de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE :
 SEXE : Masculin Féminin

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Ou DT Polio					
Ou Tétracocq					
B.C.G.					

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 médicaux concernant l'enfant :

L'enfant a-t-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant avec la notice.)

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ À VOTRE ENFANT SANS ORDONNANCE.

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	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <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	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Allergies :

ASTHMES : OUI NON
 MÉDICAMENTEUSES : OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON
 AUTRES : OUI NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre .

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire pour des raisons religieuses ? Si oui, lequel ?

.....
.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc. ? Précisez

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Votre enfant peut-il quitter seul le périscolaire ? OUI NON

Responsables légaux de l'enfant :

Père		Mère	
NOM :		NOM :	
PRENOM :		PRENOM :	
ADRESSE :		ADRESSE :	
Tél fixe domicile :		Tél fixe domicile :	
Tél Portable :		Tél Portable :	
Tél Bureau :		Tél Bureau :	

Je soussigné(e) Responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du périscolaire de Ravenel à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE(S) :

DÉCHARGE

Afin que votre enfant soit retiré tous les jours du périscolaire en toute sécurité, nous demandons à tous les parents et sans exception de bien vouloir nous remettre dans les plus brefs délais les copies des pièces d'identité des personnes susceptibles de venir récupérer votre enfant ainsi que pour ces mêmes tiers une autorisation écrite des parents (voir ci-dessous).

Je soussigné(e) :

Parents de l'enfant :

Autorise Monsieur :

-
-
-
-
-

Autorise Madame :

-
-
-
-
-

A retirer mon fils ou ma fille.

Fait à Ravenel le

Signature de la mère

Signature du père



Chers parents,

Durant le PÉRISCOLAIRE, votre enfant est susceptible d'être photographié et filmé par l'équipe d'animation lors de différentes activités. Des copies de ces clichés pourront être remises aux familles des enfants. Mais pour préserver la vie privée de chacun il vous sera expressément demandé de ne pas diffuser ces photos et vidéos sur les différents réseaux sociaux. Toutes ces photos et vidéos ne seront remises qu'après accord signé par toutes les familles des enfants. Si une ou plusieurs familles venaient à refuser cette duplication, il est bien entendu qu'aucune copie ne pourra être remise aux parents.

L'équipe pédagogique du PÉRISCOLAIRE décline toute responsabilité si ces consignes n'étaient pas respectées par une ou plusieurs familles.

De plus, pendant les périodes de centre, votre enfant aura la possibilité de se faire maquiller. Pour cela merci de compléter et nous rapporter le coupon réponse ci-dessous.

L'équipe d'animation

COUPON REPONSE :

NOM DE L'ENFANT : PRENOM :

PHOTO VIDEO

J'autorise l'équipe d'animation à photographier et à filmer mon enfant : OUI NON

J'autorise l'équipe d'animation à dupliquer des clichés aux familles des enfants : OUI NON

J'autorise le service information-communication de la Mairie à photographier mon enfant et publier la photo dans le journal d'information « Ravenel Actualités » OUI NON

MAQUILLAGE

J'autorise l'équipe d'animation à maquiller mon enfant OUI NON

REGLEMENT GENERAL DE PROTECTION DES DONNEES

Je reconnais avoir été avisé que l'ensemble des renseignements portés sur le dossier d'inscription sont destinés au seul traitement imposé par la gestion du périscolaire et n'ont pas vocation à être divulgués à quiconque. J'ai noté que je peux faire valoir mon droit à l'oubli par simple mail adressé à alsh.ravenel@leolagrance.org

Signature (précédée de la mention « Lu et Approuvé »)