



# DOSSIER INSCRIPTION 2019-2020

## GARDERIE – CANTINE – CENTRE DE LOISIRS



Mairie d'Armissan  
04 68 45 33 41 - mairie.armissan@wanadoo.fr

**Dossier d'inscription à retourner au plus tôt dûment complété et accompagné des justificatifs demandés, à la Mairie. Info facturation : l'adresse de l'enfant sera celle de facturation. Une seule facture par enfant à terme échu. L'envoi par mail sera privilégié.**

### Fiche de renseignements

#### ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....  
Né(e) le ..... à .....  
Sexe : Féminin  Masculin   
Tél domicile : .....  
Adresse de l'enfant : .....  
.....

#### PERE

NOM :  
Prénom :  
Tél domicile :  
Tél portable :  
Tél travail :  
Profession :  
Adresse mail :  
Adresse postale :  
  
Situation familiale :  
Autorité parentale : Oui  Non   
  
J'autorise les représentants de la Mairie d'ARMISSAN à  
consulter mon quotient familial sur le site de la CAF :  
Oui  Non

N° de sécurité sociale du représentant légal :  
Caisse de :

Percevez-vous des allocations familiales : Oui  Non   
N° allocataire :  
Caisse de :

#### **Coordonnées du médecin traitant**

Nom du médecin :  
Adresse :

#### MERE

NOM :  
Prénom :  
Tél domicile :  
Tél portable :  
Tél travail :  
Profession :  
Adresse mail :  
Adresse postale :  
  
Situation familiale :  
Autorité parentale : Oui  Non   
  
J'autorise les représentants de la Mairie d'ARMISSAN à  
consulter mon quotient familial sur le site de la CAF :  
Oui  Non

Téléphone :

### Personnes à contacter en cas d'urgences et autorisées à prendre en charge l'enfant

Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable. L'enfant sera remis à la personne désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité. Il est vivement conseillé de prévenir les agents de la Mairie par téléphone en cas d'imprévu.

	NOM	PRENOM	TELEPHONE	LIEN AVEC L'ENFANT (Ami, Grands-parents, Assistante Maternelle ...)
1				
2				
3				
4				
5				

Fait à :

Le :

Signature(s) :

### Autorisation de sortie

J'autorise mon enfant,

NOM .....Prénom .....

à quitter seul l'accueil périscolaire à .....h.....

Je soussigné(e) ..... assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Fait à :

Le :

Signature(s) :

### Autorisation de la publication de l'image de mon enfant

Je soussigné(e), .....

Représentant légal de mon enfant : .....

Autorise la Mairie d'Armissan à utiliser à titre gratuit et à des fins professionnelles les images (photos et films) de mon enfant prises lors des activités.

Fait à :

Le :

Signature(s) :

### Autorisation prise en charge

Je soussigné(e), .....

Représentant légal de mon enfant : .....

Autorise les responsables à prendre toutes les dispositions médicales nécessaires en cas de problème de santé durant les activités notamment l'hospitalisation de mon enfant et la pratique d'une anesthésie générale,

Fait à :

Le :

Signature(s) :

**Fiche d'inscription**

GARDERIE															
MATIN				MIDI 12h – 12h30				MIDI 13h-14h				SOIR			
L	Ma	J	V	L	Ma	J	V	L	Ma	J	V	L	Ma	J	V
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CANTINE			
LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CENTRE DE LOISIRS				
Garderie 7h30-9h	Mercredi matin 9h-12h départ avant 12h30	Mercredi matin avec repas départ à partir de 13h30	Mercredi après-midi 14h-17h	Garderie soir 17h-18h30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toutes les modifications d'inscription devront se faire au plus tard le mercredi 12h pour la semaine suivante. Elles se feront exclusivement par écrit. Les courriels sont à privilégier [mairie.armissan@wanadoo.fr](mailto:mairie.armissan@wanadoo.fr)

**Pièces à joindre au dossier**

- Attestation d'assurance responsabilité civile 2019/2020
- Certificat Médical d'aptitude à la pratique de l'ensemble des activités physiques
- Attestation CAF ou MSA précisant le quotient familial

**Attestation sur l'honneur**

Je soussigné(e), .....

Représentant légal de mon enfant : .....

- Autorise mon enfant à participer aux activités de la garderie et/ou du centre de loisirs.
- M'engage à payer tous les frais du périscolaire et extrascolaire
- Autorise le Centre de Loisirs à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du Centre de Loisirs par des moyens de transport (car, bus).
- Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la Mairie de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale ...)
- Reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif aux activités périscolaires et extrascolaires, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer
- Reconnaît avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves.

*Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie d'Armissan.*

Fait à :

Le :

Signature(s) :



**1 - ENFANT**  
 NOM : .....  
 PRÉNOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : .....  
 GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non		
Diphtérie			Hépatite B	
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite			Coqueluche	
Ou DT polio			Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				
BCG				

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

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.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....  
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) .....  
TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE ..... BUREAU .....  
NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

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

Date : ..... Signature : .....

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

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