



DOSSIER INSCRIPTION 2020-2021

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 :
.....
Classe : Enseignant :

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

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

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 :

Téléphone :

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 de 13h30 à 14h	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

Pièces à joindre au dossier

- Attestation d'assurance responsabilité civile 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 ...)
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif aux activités périscolaires et extrascolaires, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer
- Reconnais 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) :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 DÉMUNIR 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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Orillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétacoq					
BCC					

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 marqués 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 AIGU	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

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES 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-FIL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (ACQUÉANT) : BUREAU :

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

.....

