



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE

2015/2016

L'inscription aux services communaux se fait désormais par le biais d'un dossier unique d'inscription. Cette inscription est valable pour les activités régulières sur l'année scolaire. Pour les activités « saisonnières » (Accueil de loisirs de Puygremier, accueil jeunes de la Mourauderie), des documents d'inscription spécifiques devront être remplis et transmis aux services concernés.

LE DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION :

- ✓ Facilite les démarches administratives des usagers en allégeant l'ensemble des procédures à respecter lors de chaque inscription d'un enfant sur un ou plusieurs de nos accueils et services périscolaires ;
- ✓ Permet aux familles de ne communiquer qu'une seule fois l'ensemble des informations relatives à leur situation professionnelle et familiale par le biais de ce formulaire unique à compléter soigneusement ;
- ✓ Evite que chaque usager ne soit obligé de produire à plusieurs reprises une même pièce justificative lors d'inscriptions à des activités différentes au cours d'une même année, sous réserve d'un changement de situation professionnelle ou familiale.

LES JUSTIFICATIFS :

Pour une 1^{ère} inscription :

- ☐ Le livret de famille
- ☐ Un justificatif de domicile
- ☐ Une attestation CAF ou le dernier avis d'imposition
- ☐ En cas de séparation des parents un justificatif fixant la résidence habituelle de l'enfant
- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile
- ☐ Fiche sanitaire de liaison (portant autorisation de soins et d'hospitalisation en cas d'urgence et mention de la validité des vaccinations obligatoires)

Pour une ré-inscription :

- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile
- ☐ Fiche sanitaire de liaison

Des documents complémentaires pourront vous être également demandés selon les différents types d'accueil, d'activités et de services (ex : autorisations parentales,...)

CONTACTS DES DIFFERENTS SERVICES PERISCOLAIRES :

Responsable Secteur Enfance Jeunesse	Mme Virginie CHARRON	06.29.85.06.28	animation@dissay.fr
Responsable de l'Accueil de Loisirs de Puygremier	Mr Mickaël VIGNOLET	06.19.74.78.90	alsh@dissay.fr
Service Administratif Mairie	Mme Nadège ROCCIA	05.49.52.34.56	scolaire@dissay.fr

Les représentants légaux :

Situation de la famille : Mariés ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐ Pacsés ☐ Vie maritale ☐ Célibataire ☐

PERE

Nom : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Tel domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Tel portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Profession : _____

Nom et adresse de la société : _____

Tel : _____

E-mail : _____@_____

MERE

Nom de famille : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Tel domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Tel portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Profession : _____

Nom et adresse de la société : _____

Tel : _____

E-mail : _____@_____

En cas de séparation des parents (*joindre un justificatif fixant la résidence habituelle de l'enfant*).

l'enfant habite chez : _____

Régime :

Allocataire CAF ☐ MSA ☐ Sans régime ☐

Nom et prénom de l'allocataire : _____ N° CAF : _____

Nombre d'enfants à charge : _____

ACTIVITES CONCERNEES PAR LE DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION (cochez les cases)

ACCUEIL PERISCOLAIRE MATIN ET SOIR

RESTAURATION SCOLAIRE

ACCUEIL DE LOISIRS DE PUYGREMIER (ACTIVITES, TRANSPORT ET RESTAURATION)

TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES

TRANSPORT SCOLAIRE CIRCUIT N°

ENFANTS DE LA FAMILLE FREQUENTANT UN DES SERVICES et ACCUEILS PERISCOLAIRES

Nom Prénom

Date de
naissance

Ecoles

Classe

Fait à.....

Le.....

Signatures des représentants légaux

CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

La personne est informée qu'aucune information personnelle ne sera divulguée. Ces données sont exclusivement réservées à la mairie de Dissay.

INSCRIPTION ENFANT

Informations sur l'enfant

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __/__/__ Lieu : _____ Sexe : M / F

Etablissement scolaire : _____ Classe : _____

Médecin traitant : _____ Téléphone : __/__/__/__

Votre enfant fait-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé PAI (enfant allergique) ☐ oui ☐ non

Faire remplir le PAI par le médecin traitant

ACTIVITES

Accueil Péri-scolaire

J'inscris à l'accueil périscolaire : Forfait matin, Forfait soir + goûter

☐ accueil régulier ou ☐ accueil occasionnel

Si accueil régulier, précisez les horaires et les jours de présence de votre enfant :

	Matin 7h30/8h50				Soir 16h30/18h30			
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
horaires								

Mercredi	Matin 7h30/8h50		Midi 11h40/12h30	
horaires				

Remplir la fiche sanitaire (obligatoire)

Restauration scolaire

☐ OUI ☐ NON

Remplir la fiche sanitaire (obligatoire)

Mercredis AP

Je suis intéressée pour inscrire mon enfant à l'accueil de loisirs sans hébergement de Puygremier (à compter de septembre 2015) :

Sur les mercredis après-midi

☐ inscriptions régulières ou ☐ inscriptions occasionnelles

☐ avec prise en charge du transport de l'école (PEV/TL) à Puygremier

☐ avec repas du midi

Sur les vacances scolaires

☐ inscriptions régulières ou ☐ inscriptions occasionnelles

☐ à la semaine ☐ à la journée

Pour les inscriptions définitives et effectives à l'accueil de Loisirs de Puygremier, un formulaire spécifique sera à remplir pour chaque période (mercredis et vacances scolaires) et devra être obligatoirement accompagné du règlement. Vous le trouverez disponible en mairie, sur le site internet de la commune ou sur directement sur place.

Temps d'Activités Péri-scolaires

Temps d'Activités Péri-scolaires : entre 12h00-14h00 activités gratuites

☐ J'autorise mon enfant à participer aux activités Péri-scolaires

☐ Je n'autorise pas mon enfant à participer aux activités Péri-scolaires

Transport scolaire

☐ OUI ☐ NON

N° du circuit : _____

☐ Matin ☐ Soir ☐ Occasionnellement

Remplir la demande d'inscription au transport scolaire



PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE et A VENIR CHERCHER L'ENFANT
+
A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (en cas d'absence du(es) responsable(s) légal (aux))

PERE :

Nom / Prénom : _____

Tel portable : ____/____/____/____/____

Tel professionnel : ____/____/____/____/____

MERE :

Nom / Prénom : _____

Tel portable : ____/____/____/____/____

Tel professionnel : ____/____/____/____/____

Autorise(nt) les personnes suivantes à prendre en charge et à venir chercher mon enfant (nom/prénom) : _____
sur les accueils qu'ils fréquentent + à intervenir en cas d'urgence (seulement si le(s) responsable(s) légal (aux) ne sont pas joignables et disponibles)

1^{ère} personne supplémentaire :

Nom / Prénom : _____

Tel portable : ____/____/____/____/____

Lien avec l'enfant : ☐ ami ☐ assistante maternelle ☐ grands-parents ☐ autres (précisez) : _____
Remarques et précisions complémentaires : _____

2^{ème} personne supplémentaire :

Nom / Prénom : _____

Tel portable : ____/____/____/____/____

Lien avec l'enfant : ☐ ami ☐ assistante maternelle ☐ grands-parents ☐ autres (précisez) : _____
Remarques et précisions complémentaires : _____

3^{ème} personne supplémentaire :

Nom / Prénom : _____

Tel portable : ____/____/____/____/____

Lien avec l'enfant : ☐ ami ☐ assistante maternelle ☐ grands-parents ☐ autres (précisez) : _____
Remarques et précisions complémentaires : _____

AUTORISATION DE LA PUBLICATION DE L'IMAGE DE VOTRE ENFANT

Je soussigné(e) M et Mme, _____

Représentant légal du (des) mineur(s) : _____

☐ Autorise la publication d'images de mon (mes) enfant(s) sur les supports de communication de la commune (le journal municipal « Dissay Les Echos », films, affiches, expositions...)

☐ N'autorise pas la publication d'image de mon (mes) enfant(s)

Fait à : _____ le ____/____/____

Signature(s) : _____

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE PRIS EN COMPTE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :-

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON 

FILE

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
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 AIGÜ	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 ☐

oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

[illegible]

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 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 : BUREAU :

NOM ET TÉL. 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

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