



FICHE D'INSCRIPTION AU SERVICE DE RESTAURATION ET PERISCOLAIRE DE MELGVEN

Année scolaire 2015-2016

A remplir par les parents ou les responsables légaux, à raison d'une fiche par enfant

Responsable légal de l'enfant

NOM PRENOM Mr : NOM PRENOM Mme :

Lien avec l'enfant : Père Mère Tuteur Organisme

allocataire CAF n° MSA Régime des pêches Autre

Coordonnées de facturation (à renseigner obligatoirement)

Adresse postale :

Code postal : Ville :

N° téléphone fixe : N° téléphone portable :

Nom de la compagnie d'assurance : D'adhérent :

En cas de changement d'adresse ou de téléphone, veuillez informer le service Enfance et Jeunesse au 02 98 97 92 46

Situation familiale des parents (à renseigner obligatoirement)

Célibataire Marié Union libre Pacsé Divorcé * Séparé * Veuf

*dans le cas où une décision de justice est intervenue, fournir la copie du jugement concernant les dispositions relatives à la garde de l'enfant

Mère

Père

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Adresse : Adresse :

Code Postal : Ville : Code Postal : Ville :

Tel Fixe : Tel Fixe :

Tel Mobile : Tel Mobile :

Tel pro : Tel pro :

Adresse courriel : Adresse courriel :

Personne(s) à contacter en cas d'absence des parents et/ou susceptible de venir chercher l'enfant à la fin des activités

Nom & Prénom	Adresse	Téléphone(s)	Lien avec l'enfant

---- Enfant ----

Nom et prénom : Date de naissance :

Ecole fréquentée par l'enfant (2015-2016) : Classe (rentrée 2015) :

La restauration scolaire

Alimentation : Tous aliments Sans porc Autre

PAI* : Oui Non

*Toute allergie alimentaire et traitement médical spécifique doivent être signalés obligatoirement au directeur d'école, qui remet aux parents le document précisant la procédure en la matière. (P.A.I. : Projet d'Accueil Individualisé.)

Type d'abonnement :

Régulier (tous les jours) Occasionnelle (au ticket) :

Certains jours, Préciser le(s) jour(s) Lundi : Mardi : Jeudi : Vendredi :

Les accueils périscolaires (Garderie matin et soir)

Merci de préciser si votre enfant fréquentera l'accueil

Accueil du matin (7h-8h35) :

Régulier (tous les jours) Occasionnelle Jamais

Certains jours, préciser le(s) jour(s) Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Accueil du soir (16h30-19h) :

Régulier (tous les jours) Occasionnelle Jamais

Certains jours, préciser le(s) jour(s) Lundi Mardi Jeudi Vendredi

*Veuillez informer le service enfance 24h avant chaque présence.

La micro garderie

Merci de préciser si votre enfant fréquentera l'accueil

École maternelle du Bourg :

De 16h à 16h30 le : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Jamais

De 11h45 à 12h30 le : mercredi matin Jamais

Mon enfant fréquentera L'ALSH le mercredi après midi

École élémentaire du Bourg :

De 16h à 16h30 le : Lundi Jeudi Jamais

De 12h15 à 12h30 le : mercredi matin Jamais

Mon enfant fréquentera L'ALSH le mercredi après midi

Ecole de Cadol :

De 16h à 16h30 le : Mardi Vendredi Jamais

De 12h15 à 12h30 le : mercredi matin Jamais

Mon enfant fréquentera L'ALSH le mercredi après midi

Un animateur conduira mon enfant (Minibus) à l'ALSH

Je soussigné, Mme, M., responsable légal de l'enfant inscrit sur la présente fiche, reconnais avoir pris connaissance et approuvé le règlement du service Enfance et Jeunesse de Melgven, qui m'a été remis lors de l'inscription de mon ou mes enfants au service périscolaire et de restauration.

Fait à :, le Signature du représentant légal

Verso à compléter.../... ↻

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant : fille garçon Date de naissance :.....

Nom :Prénom :

Adresse :

.....

.....

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

Vaccins obligatoires	ino		Dernier rappel	Vaccins recommandés	ino		Date
	non	oui			non	oui	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

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

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
Alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV AUTORISATIONS :

- Autorisez-vous l'utilisation de l'image de votre enfant ? oui non
- Autorisez-vous votre enfant à rentrer seul après la classe et/ou l'accueil de loisirs ?
 oui non

V - Responsable légal de l'enfant :

Nom Prénom

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail :portable :

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. Reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur et du projet pédagogique du service Enfance Jeunesse (consultables sur le site www.melgven.fr)

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

Service enfance jeunesse
Ville de Melgven
4 place de l'église
29140 Melgven

Observations :