



LA PASSERELLE

Accueil périscolaire – Accueil extrascolaire - Restauration scolaire
04.76.95.65.74



**Photo
récente**

**Pas
d'agrafe**

Merci

DOSSIER D'INSCRIPTION 2018-2019

NOM, Prénom de l'enfant :

Fille

Garçon

Date de naissance :

Classe :

Instituteur (trice) :

Régime alimentaire : Classique Sans porc Sans viande

PAI Alimentaire (enfants présentant des allergies alimentaires, accueillis selon un Protocole d'Accueil Individualisé et apportant leur propre repas.)

NOM, Prénom du responsable n°1 :
.....

Adresse :

N° de téléphone :

- Domicile : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

- Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

- Travail : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Mel :

Situation : (voir justificatifs à fournir en page suivante)

Salarié / Artisan / Indépendant...

Demandeur d'emploi

Bénéficiaire des minimas sociaux

NOM, Prénom du responsable n°2 :
.....

Adresse :

N° de téléphone :

- Domicile : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

- Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

- Travail : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Mel :

Situation : (voir justificatifs à fournir en page suivante)

Salarié / Artisan / Indépendant...

Demandeur d'emploi

Bénéficiaire des minimas sociaux

Famille d'accueil :

Adresse :

N° de téléphone : - Domicile : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

- Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

- Travail : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Mel :



Facturation à : Responsable n°1, Responsable n°2, Famille d'accueil

**RAPPEL DES JUSTIFICATIFS À FOURNIR OBLIGATOIREMENT POUR QUE LE DOSSIER
SOIT PRIS EN COMPTE**

➤ Par famille uniquement :

Votre avis d'imposition 2017

Justificatif de situation :

- **Salarié** : attestation de l'employeur ou dernière fiche de paie
- **Artisan / Indépendant...** : tout document justifiant votre situation professionnelle
- **Demandeur d'emploi** : carte de demandeur d'emploi ou attestation fournie par le pôle emploi
- **Bénéficiaire des minimas sociaux** : attestation en vigueur

Quotient Familial : Attestation CAF récente et sur laquelle figure obligatoirement **votre numéro de CAF et votre QF**. A défaut de justificatif nous calculerons votre QF en fonction des données de votre avis d'imposition mais sans ce dernier le tarif maximum sera appliqué.

Assurance : attestation d'assurance extrascolaire

Médication périscolaire : certificat du médecin avec la mention « **autorise le personnel de La Passerelle à administrer du paracétamol** » si nous avons votre accord (voir fiche sanitaire).

Si Protocole d'Accueil Individualisé : une copie de celui-ci

Si contre-indication à la vaccination : un certificat médical

.....

J'autorise la directrice de l'Accueil de loisirs municipal « La Passerelle » à consulter et conserver les données me concernant, fournies par la CAF

Je déclare avoir pris connaissance du règlement de l'Accueil de loisirs municipal « La Passerelle » Cantine, Périscolaire et ALSH et m'engage à le respecter.

Date ___/___/2018

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018- 2019

NOM, Prénom de l'enfant :
 Date de naissance :
 Section / Instituteur(trice) : /

NOMS, Prénoms et n° de téléphones des responsables légaux ET autres personnes à contacter en cas d'urgence :

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ?

- Oui **ATTENTION : fournir obligatoirement une copie**
 Non

ALLERGIES	Oui	Non	Causes (ex : arachide, aspirine, foins...)	Traitement
Alimentaires				
Médicamenteuses				
Autres (à préciser)				
ASTHME				

Conduite à tenir en cas de crise :

Médication périscolaire :

En cas de fièvre et ou douleurs, autorisez-vous le personnel à administrer du paracétamol à votre enfant ? Oui **ATTENTION : ordonnance médicale obligatoire (valable pour l'année)**
 Non

Vaccinations :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, veuillez joindre un certificat médical de contre-indication.

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates des derniers rappels
Diphtérie		Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Tétanos		Infections à méningocoques C	
Poliomyélite		Coqueluche	
		BCG	

Hospitalisation :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare avoir pris connaissance qu'il sera fait appel au SAMU qui prendra, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de mon enfant.

Date ___/___/___

Signature :

