



INSCRIPTION INDIVIDUELLE 2018-2019
(Un document par enfant)

Nom et Prénom de l'enfant : École : Classe :

La restauration scolaire (12h00-13h45)

Merci de cocher les cases correspondantes à vos attentes

Régulier Ponctuel A compter du : .../.../.....

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Présences Repas				

Régime (s) particulier(s) (allergies, intolérance ou autres) :

L'accueil Périscolaire (7h30-9h00 et/ou 16h30-18h30)

Merci de cocher les cases correspondantes à vos attentes

Régulier Ponctuel A compter du : .../.../.....

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Soir			X		
18h30-19h30 (Terves, Duguesclin & Saint Porchaire)			X		
Mercredi 12h00-12h30					

Les TAP (16h00-16h30)

Merci de cocher les cases correspondantes à vos attentes

Régulier Ponctuel A compter du : .../.../.....

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Présences TAP				

L'accueil de Loisirs du mercredi après-midi (12h00-19h30)

Tarif demi-journée (ponctuel) Forfait Annuel (régulier)

A compter du : .../.../.....

Transport de l'école vers l'Accueil de Loisirs	Restauration (12h30-13h45)	Après-midi à l'Accueil de Loisirs (13h45-18h30)	Heure Supplémentaire (18h30-19h30)	Transport vers les Activités Associatives	
				Aller	Retour

Pour les transports vers l'activité, merci de préciser :

Le club :

L'adresse du club :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant :/...../.....

Responsable légal de l'enfant :

Adresse :

Tél domicile :/...../..... Tél bureau :/...../.....

Tél portable :/...../.....

➤ Renseignements médicaux

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Cocher les cases correspondantes)

Rubéole Rhumatisme aigu Otite Angine Oreillon
 varicelle Scarlatine Rougeole Coqueluche

L'enfant présente-t-il une allergie ?

Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autre

Préciser la conduite à tenir :

L'enfant a-t-il déjà un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Période de validité du PAI :

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(Maladies, accidents, opérations, hospitalisations, crises convulsives)

...../...../..... :

...../...../..... :

Recommandations utiles (lunettes, prothèse auditive et/ou dentaire) :

Médecin traitant : Tél :

N° de sécurité sociale :

Nom et adresse de l'assurance scolaire :

N° de contrat d'assurance scolaire :



AUTORISATIONS MÉDICALES, SORTIES, DROIT A L'IMAGE

➤ Actes médicaux

J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale). En cas de nécessité, le service de secours conduira l'enfant au service des urgences le plus proche.

➤ Sorties en Groupe

J'autorise mon enfant à participer aux sorties mises en place par l'équipe d'animation et/ou l'école.

➤ Autorisation de sortie

(La mairie et/ou l'école décline toute responsabilité en cas d'accident sur le trajet)

Votre enfant quitte l'établissement scolaire :

seul accompagné en bus

en taxi, Nom de la compagnie de taxi :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant si différentes des parents :

Nom et prénom tél :

Nom et prénom tél :

Nom et prénom tél :

➤ Droit à l'image

J'autorise les prises de photos/vidéos et leurs diffusions sous toutes ses formes à des fins représentatives : pour les activités scolaires, les T.A.P, la restauration, l'accueil périscolaire et l'accueil de loisirs du mercredi :

Diffusion en interne (affichage sur site, revue...)

Diffusion sur internet (site de la Ville, de l'Agglo, de l'école...)

La présente autorisation est donnée pour tous les domaines d'exploitation tant qu'ils viseront à valoriser les services dans le respect de la préservation, de la réputation et de la vie privée de mon enfant.

Fait le :/...../.....

Signature(s) :