

INSCRIPTION NOUVELLES ACTIVITÉS  
PERISCOLAIRES (NAP), GARDERIE, RESTAURATION

NOM et Prénom de l'enfant : .....

Niveau de Classe : .....

Nom de l'Enseignant (si connu) : .....

Cases à cocher en fonction des choix

**A. Garderie**

- Garderie du matin   
(de 7h30 à 8h20)
- Garderie du mercredi midi   
(de 11h30 à 12h15)
- Garderie du soir   
(de 16h30 à 18h15)

*Par délibération du 13 juin 2017, les tarifs sont :*

- *Matin : 1€/enfant/jour*
- *Mercredi midi : 1€/enfant/jour*
- *Soir : 1.50€/enfant/jour*

**B. Activités Périscolaires**

Les N.A.P (Nouvelles Activités Périscolaires) auront lieu le jeudi après-midi de 13h30 à 16h30 (Accueil à partir de 13h20). L'enfant scolarisé doit s'inscrire pour participer aux N.A.P, ces temps périscolaires ne sont pas obligatoires mais toutes les inscriptions doivent être honorées. Les enfants scolarisés en maternelle resteront dans leurs classes et, ceux scolarisés en primaire iront dans les bâtiments communaux (Salles Polyvalentes) ou bâtiments scolaires.

- Inscription sur toute l'année

*Par délibération du 13 juin 2017, le Conseil a fixé la participation annuelle des familles à 25€ par enfant. Le service Nouvelles Activités Périscolaires sera facturé lors de l'inscription.*

❖ Engagement Inscription

Je soussigné(e).....  
m'engage(nt) à inscrire mon enfant aux NAP le jeudi de 13h30 à 16h30.

Merci de nous adresser une copie de votre assurance de responsabilité civile

Signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé »

Le .....

**C. Restaurant Scolaire**

- Oui   
Non

**Merci de nous informer rapidement de toutes modifications des coordonnées téléphoniques : en cas d'accident, et en fonction de son état, les services d'urgence doivent pouvoir vous joindre pour prendre en charge votre enfant**

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON  FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) **PAS DE PHOTOCOPIE**

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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.

**A titre indicatif : L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :**

ASTHME OUI  NON  MÉDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Mairie de Cerisé**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours    OUI     NON  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement).**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : OUI     NON

DES LUNETTES : OUI     NON  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : OUI     NON  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS/PRECISIONS (exemple : qualité de peau, crème solaire, etc.)

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

**4 – AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : OUI     NON

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : OUI     NON

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : OUI     NON

**5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NON.....PRÉNOM.....

ADRESSE .....

TÉL. FIXE (et PORTABLE), DOMICILE :.....BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

DATE :

SIGNATURE :

**GROUPE SCOLAIRE E. MEGISSIER**

Année scolaire : 2017/2018

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Les parents ou tuteurs légaux : Penser à nous informer rapidement de toutes modifications des coordonnées téléphoniques : en cas d'accident, et en fonction de son état, les services d'urgence doivent pouvoir vous joindre pour prendre en charge votre enfant

	<b>Parent 1 (ou responsable légal)</b>	<b>Parent 2 (ou responsable légal)</b>
NOM Prénom		
N° de Tél où vous êtes joignables sur les temps périscolaires		
Adresse (s)		
En cas de garde alternée Adresse de facturation		
Adresse mail (merci de l'écrire lisiblement)		
Tél professionnel		

**Autorisations :**

Je soussigné(e) : ..... responsable légal(e), déclare exacts les renseignements et autorise la Commune de Cerisé et par délégation, les intervenants du service périscolaire à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant ....., ainsi que le transport par les services de secours vers l'hôpital le plus approprié.

Par ailleurs, j'autorise la commune de Cerisé et ses services :

- A accompagner mon enfant pour participer aux ateliers périscolaires (si nécessaire) : OUI  NON
- A utiliser (à titre gratuit) les images de mon enfant (photographies et films) prises dans le cadre des activités péri et extrascolaires et à les diffuser sur ses supports internet (site et blog) et dans la presse écrite : OUI  NON

Noms et n° de téléphone des personnes autorisées à venir chercher l'enfant en dehors des responsables légaux (seules des personnes adultes sont autorisées à venir chercher les enfants de moins de 6 ans)

NOM – Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

**ACCEPTÉ** le règlement du service périscolaire de la commune de Cerisé (*Atteste en avoir pris connaissance*)

Fait à

Le

Signature du ou des responsables légaux

Cachet de la mairie