

# COMMUNE DE MOGNEVILLE

## DOSSIER D'INSCRIPTION CANTINE PERISCOLAIRE DONT AUCUN PARENT TRAVAILLE

Année scolaire 2021/2022

*Cadre réservé à l'administration*

ANNÉE 2021/2022

Revenus :

Nombre d'enfants dans la famille :

Prix forfaitaire pour matin (7h30 - 8h30) :

Prix forfaitaire pour midi (11h30 - 13h30) :

Prix forfaitaire pour soir (16h30 - 19h00) :

Prix forfaitaire pour le centre de loisirs

7h30 - 9h00 :

9h00 - 17h00 (mercredi sans repas) :

17h00 - 19h00 :

9h00 - 17h00 (centre avec repas) :

### Renseignements concernant l'enfant :

NOM : .....

Prénom : .....

Sexe : .....

Date et lieu de naissance : .....

Age : .....

Taille : ..... Poids : .....

CLASSE : .....

### Responsables légaux de l'enfant :

PERE

MERE

NOM : .....

NOM : .....

PRENOM : .....

PRENOM : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

ADRESSE : .....

PROFESSION : .....

PROFESSION : .....

NOM DE L'EMPLOYEUR : .....

NOM DE L'EMPLOYEUR : .....

TEL. FIXE : .....

TEL. FIXE : .....

TEL. PORTABLE : .....

TEL. PORTABLE : .....

TEL. BUREAU : .....

TEL. BUREAU : .....

ADRESSE E.MAIL : .....

ADRESSE E.MAIL : .....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT : .....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : .....

NUMERO DE CAF : .....

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE : .....

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1) VACCINATION

Joindre **obligatoirement** la photocopie du carnet de santé de l'enfant concernant les vaccins suivants : ► DT POLIO (datant de moins de 5 ans)

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

## 2) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement quotidien ? OUI  NON

Si oui, joindre **obligatoirement l'ordonnance** 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 donné sans ordonnance, et autorisation parentale d'administration**

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		SCARLATINE		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"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Commentaires :									
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			
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"/>	

Autre(s) maladie(s) :

### L'ENFANT A-T-IL LES ALLERGIES SUIVANTES ?

Asthme : OUI  NON

Alimentaires : OUI  NON

Médicamenteuses : OUI  NON

Autres : .....

Si votre (vos) enfant(s) a l'une de ces maladies ou autres, un **P.A.I.** (Projet d'Accueil Individualisé) vous sera demandé.

Mon enfant mange t-il de la viande ? OUI  NON

Mon enfant mange t-il du porc ? OUI  NON

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e)....., responsable légal (e) de l'enfant, autorise le Directeur et l'équipe d'animation de l'A.L.S.H. à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ou maladie de l'enfant (transport à l'hôpital ou chez le médecin, traitements médicaux, anesthésie et intervention chirurgicale)

Cette « fiche sanitaire de liaison » est valable dans la commune de Mogneville pour l'année scolaire 2021/2022. Cependant, à chaque nouvelle inscription, il vous sera demandé une mise à jour des informations.

Nom, Prénom Date

Signature du responsable légal

# AUTORISATION PARENTALE 2021/2022

(Cochez la case)

- 1) Accepte de payer les frais liés aux soins
- 2) Accepte que mon enfant soit pris en photo ou filmé sans but commercial
- 3) Accepte que la photo de mon enfant soit utilisée dans les documents et site internet de la Commune
- 4) Accepte que mon enfant participe aux sorties de l'accueil de Loisirs
- 5) Accepte que mon enfant utilise les moyens de transport mis en place par la commune
- 6) Accepte que mon enfant participe aux activités aquatiques
  
- 7) Accepte que mon enfant quitte SEUL l'accueil de Loisirs

OUI	NON

OUI	NON

Si OUI, mon enfant est autorisé à partir à .....h

Si NON, mon enfant est autorisé à partir avec (Nom, Prénom + téléphone)

1.....  
.....  
2.....  
.....  
3.....  
.....  
4.....  
.....  
5.....  
.....

J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance de cette fiche et décharge l'équipe encadrante de toute responsabilité y étant liée.

Fait à.....

Le.....

Nom, Prénom et  
signature du représentant  
légal

## **Pièces à joindre**

- Dossier
- Avis d'imposition 2020
- Attestation travail des 2 parents ou dernier bulletin de salaire
- Justificatif de domicile
- Photocopie des vaccins
- 1 photo d'identité
- Assurance scolaire 2021/2022 (à remettre dès que possible)

**ATTENTION !**

**Tout dossier incomplet sera refusé**