

AUTORISATIONS

Nous, soussignés (Noms, Prénoms)

Résponsables légaux de l'enfant (Nom, Prénom)

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur des services péri et extra scolaires.
- Autorisons notre enfant à participer aux jeux et sorties organisés dans le cadre des différents services.
- Autorisons notre enfant à prendre le bus et à effectuer des déplacements à pied dans le cadre des sorties.
- Prenons acte que dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans le cadre des services péri et extra scolaires, l'équipe d'animation peut être amenée à prendre des photos des enfants pour illustrer différents supports de communication (plaquettes, bulletins municipaux, site internet de la commune, presse locale) ou pour être affichés dans les locaux des services. Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, et cela à titre gratuit. Dans le cas contraire, nous nous engageons à joindre à ce dossier une attestation écrite, datée et signée précisant notre refus.
- Autorisons les responsables de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (visite d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOMS PRENOMS	N° DE TELEPHONE

ATTENTION : TOUTE PERSONNE NON MENTIONNEE NE POURRA RECUPERER L'ENFANT.

UNE PIECE D'IDENTITE POURRA ÊTRE DEMANDEE.

SI VOUS SOUHAITEZ QUE VOTRE ENFANT QUITTE LES SERVICES EXCEPTIONNELLEMENT AVEC UNE AUTRE PERSONNE, VOUS DEVREZ FOURNIR UNE AUTORISATION PARENTALE DATEE ET SIGNEE.

J'ai soussigné, M et Mm responsables légaux de l'enfant, déclarant exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à :

Le :

Signature responsable légal 1 :

Signature responsable légal 2 :

DOCUMENTS A FOURNIR

Sans ces documents, l'enfant ne sera pas accueilli sur les différents services.

Dossier Unique d'inscription complété et signé	Copie du livret de famille aux pages du père, de la mère et de l'enfant	
Copie des vaccinations de l'enfant à jour	Copie de la carte CAF	
Copie de l'assurance responsabilité civile au nom de l'enfant, en cours de validité		



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION SERVICES PERI ET EXTRA SCOLAIRES

CE DOSSIER UNIQUE SUIVRA VOTRE ENFANT SUR TOUTE SA SCOLARITE.

UNE MISE A JOUR VOUS SERA DEMANDEE TOUS LES ANS.

ATTENTION !! SANS CETTE INSCRIPTION REMPLIE, LES ENFANTS NE POURRONT

ÊTRE ACCUEILLIS SUR LES SERVICES A LA RENTREE.

L'ENFANT

NOM : Prénom :

Date et Lieu de Naissance :/...../..... A :

Sexe : M F

LES REPRESENTANTS LEGAUX

RESPONSABLE LEGAL 1

PERE

MERE

AUTRE

(Précisez :))

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tel domicile :/...../...../...../.....

Tel portable :/...../...../...../.....

Tel professionnel :/...../...../...../.....

Adresse courriel :

.....

(Afin de communiquer plus rapidement, il est conseillé de renseigner une adresse courriel).

Employeur :

NOM :

Adresse :

.....

.....

RESPONSABLE LEGAL 2

PERE

MERE

AUTRE

(Précisez :))

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tel domicile :/...../...../...../.....

Tel portable :/...../...../...../.....

Tel professionnel :/...../...../...../.....

Adresse courriel :

.....

(Afin de communiquer plus rapidement, il est conseillé de renseigner une adresse courriel).

Employeur :

NOM :

Adresse :

.....

.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du médecin traitant : Tél. :/...../...../...../.....

VACCINATIONS (Se référer au carnet de vaccinations)

Votre enfant est-il vacciné contre :			Si oui, indiquez les dates de derniers rappels.	
	OUI	NON		
VACCINS OBLIGATOIRES	Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Polyomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VACCINS RECOMMANDES	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rubéole-Orillons-Rougeol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autres (Préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MALADIES

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?					
	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otitite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire Aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies?					
	OUI	NON		OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Précisez :)		
Si votre enfant a des allergies, précisez ci-dessous la cause et la conduite à tenir :					
.....					
.....					
.....					

DIFFICULTES DE SANTE ET RENSEIGNEMENTS UTILES

Indiquez ci-dessous les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations,...) en précisant les dates et les précautions à prendre.
 Indiquez également tous renseignements utiles (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives ou dentaires, ...) :

.....

.....

.....

INSCRIPTIONS PERISCOLAIRES *

ALAE Matin : 7H30 – 8H40 ALAE Soir : 16H45 – 18H30 (17H15 - 17H45: Espace Devoirs— 17H45 - 18H30: ateliers animation)** **A compter de la rentrée de septembre 2018, le temps du soir sera modifié, le temps de garderie précédemment proposé devient un temps éducatif déclaré auprès de la DDCS. Des activités seront proposées par l'équipe d'animation.				
	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* L'inscription aux services périscolaires est prévisionnelle, elle vise à organiser le service de manière à assurer la sécurité de vos enfants. La facturation sera établie en fonction de la fréquentation des enfants.

TRANSPORTS SCOLAIRES

Tout demandeur ou renouvellement de carte de transport doit être fait sur le site du conseil départemental : www.transportsscolaires.haute-garonne.fr Afin de garantir au mieux la sécurité de vos enfants, merci de nous préciser les jours où il prendra le bus. Sachant que, nous vous rappelons que l'inscription de votre enfant auprès du conseil départemental vous engage à utiliser le transport de façon régulière (fréquentation hebdomadaire minimum de 70%). Toute modification DOIT ETRE EXCEPTIONNELLE et SIGNALÉE aux responsables du service périscolaire.				
	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSCRIPTION EXTRASCOLAIRE

ATTENTION ! Seul le retour du bulletin d'inscription périodique validera l'inscription de votre enfant à l'accueil de loisirs Tom Pouce.

Vous trouverez ces bulletins sur les différents services péri scolaires, à l'accueil de loisirs, à la mairie de Rioux Volvestre ou en téléchargement sur www.mairie-rioux-volvest.fr

ACCUEIL DE LOISIRS TOM POUCE

	MERCREDIS	VACANCES				
		TOUSSAINT	NOEL	FEVRIER	AVRIL	ETE
OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATIONS CAF

NOM DE L'ALLOCATAIRE: (Responsable légal mentionné en tant qu'allocataire auprès de la CAF) :

.....

NUMERO ALLOCATAIRE CAF:

.....

INFORMATIONS DIVERSES

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier?

OUI Précisez:

NON

Votre enfant sait-il nager?

OUI

NON