

A remplir soigneusement et lisiblement

ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : F – M
 Date de naissance : Lieu de naissance : Age :
 Adresse : Tél. domicile :
 Ecole : Maternelle J. Tati Maternelle Blamont Elémentaire J.Rostand
 Elémentaire du Blamont Autre, précisez :
 Classe : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2
 Assurance responsabilité civile / Compagnie.....Numéro de contrat.....

Responsables de l'enfant		
Situation Familiale des Représentants :	Représentant 1	Représentant 2
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénom		
Qualité du représentant	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre
Adresse		
Téléphone		
Mail		
Profession		
Nom de l'employeur		
Tel. Professionnel		
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
N° Allocataire CAF :	Régime CAF <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Autre	Nbre d'enfants à charge :

AUTRE(S) CONTACT(S) AUTORISE(S) (à venir chercher l'enfant et être prévenu en cas d'urgence)			
	Contact 1	Contact 2	Contact 3
Nom Prénom			
Téléphone			
Lien avec l'enfant			
Autoriser à venir chercher	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prévenir en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

VIE PÉRISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE Merci de **choisir** l'une des deux options

OPTION 1 Réservation/Annulation de votre part via le portail famille jusqu'à 3 jours avant la date souhaitée.

Le périscolaire - La restauration Scolaire	Ouverture de l'activité	A compter
ACCUEIL MATIN	<input type="checkbox"/>	
RESTAURATION SCOLAIRE	<input type="checkbox"/>	
ACCUEIL SOIR	<input type="checkbox"/>	
ACCUEIL APRES ETUDE (du CE1 au CM2)	<input type="checkbox"/>	

OPTION 2

Le périscolaire - La restauration Scolaire	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	A compter
ACCUEIL MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RESTAURATION SCOLAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ACCUEIL SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ETUDE SURVEILLÉE forfait 1-2 jours (du CE1 au CM2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ETUDE SURVEILLÉE forfait 3-4 jours (du CE1 au CM2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ACCUEIL APRES ETUDE (du CE1 au CM2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ALSH Mercredi	Ouverture de l'activité
ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT MERCREDI	<input type="checkbox"/>

Réservation/Annulation de votre part via le portail famille.

ALSH Petites et Grandes Vacances	Ouverture de l'activité
ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT VACANCES	<input type="checkbox"/>

Réservation/Annulation de votre part via le portail famille **aux dates indiquées sur le calendrier d'inscription**

L'inscription est prise en compte en fonction des places disponibles.

INFORMATIONS MÉDICALES ET ALIMENTAIRES

Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) Oui Non

Pour le P.A.I. merci de vous rapprocher du directeur ou de la directrice de l'école de votre enfant

Joindre la photocopie du P.A.I. à demander auprès du directeur d'école et du médecin scolaire.

Les animateurs ne peuvent administrer aucun médicament SAUF dans le cadre du P.A.I.

Médecin traitant : Téléphone :

Adresse :

Régime Sans Porc : Oui Non

Allergie(s) alimentaire(s) : Non Oui, précisez :

Médicamenteuse(s) : Non Oui, précisez :

Respiratoire(s) : Non Oui, précisez :

Autre(s) : Non Oui, précisez :

Observations complémentaires (port de lunettes, appareil dentaire ou auditif...)

Autres difficultés éventuelles (Maladies, Opérations, Rééducation...)

VACCIN A JOUR

Merci de joindre une **copie lisible** du carnet de santé ou une attestation du médecin traitant

Je soussigné(e), déclare sur l'honneur avoir le plein exercice de l'autorité parentale et :

- **AUTORISE** l'équipe à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (appel des secours, hospitalisation) rendues nécessaire par l'état de l'enfant,
- **M'ENGAGE** à accompagner jusque l'enceinte des Accueil de Loisirs et Périscolaires mon enfant le matin et de venir le récupérer dans les locaux le soir,
- **RECONNAIS** avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure, l'accepte et m'engage à le respecter.

Fait à Crégy-lès-Meaux, le

Signature