



MAIRIE DE MONTFRIN
23 avenue Pierre Mendès France
30490 MONTFRIN
Tél. 04.66.57.52.20
comptabilite.mairie-montfrin@orange.fr

**DOSSIER D'INSCRIPTION
A LA RESTAURATION SCOLAIRE ET AUX ACTIVITES PERISCOLAIRES
ANNEE SCOLAIRE 2018/2019**

Dossier à ramener en Mairie avant le 13 JUILLET 2018

LA FAMILLE DOIT ETRE A JOUR DE L'INTEGRALITE DE SES PAIEMENTS POUR QUE LE DOSSIER SOIT ACCEPTE
ET TOUT DOSSIER INCOMPLET POURR ETRE REFUSE

NOM DE L'ELEVE :

PIECES A REMPLIR ET A JOINDRE AU DOSSIER :

- Certificat d'assurance **extra-scolaire**
 - Copie du carnet de vaccinations à jour
 - Copie carte vitale
 - Justificatifs CAF



Mairie de MONTFRIN

04.66.57.52.20

comptabilite.mairie-montfrin@orange.fr

Fiche individuelle

Prénom :

Nom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole ou accueil de loisirs :

Classe ou groupe d'âges

Informations médicales

Nom du médecin :

Téléphone du médecin :

Protocole d'accueil individualisé :

Assurance

Compagnie d'assurance :

Numéro de police :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Prénom

Nom

Lien de parenté

Téléphone

Mobile

Informations complémentaires

Autorise à partir seul

oui

non

Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence

oui

non

Autorise la prise de photo

oui

non

Autorise la participation aux sorties scolaires

oui

non

Port de lunettes

oui

non

Port d'un appareil dentaire

oui

non

Port d'un appareil auditif

oui

non

Pratiques alimentaires

Type de régime

Commentaires

Données complémentaires

Date et signature



Fiche de la famille

RESPONSABLE LEGAL N°1

Mère Père Tuteur, Tutrice

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale : célibataire marié (e) pacsé (e) vie maritale divorcé (e) séparé (e) veuf (ve)

Adresse :

N : Nom de la voie :

Code postal : Commune :

Coordonnées :

Téléphone domicile : Téléphone professionnel :

Téléphone mobile :

Adresse électronique :

Profession :

Emploi :

Employeur :

Adresse :

Organismes Tiers :

N°CAF : N° MSA : Régime :

Information par mail : OUI NON

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués et m'engage à signaler à la ville de MONTFRIN tout changement dans la situation de mon enfant au cours de sa scolarité.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire et de l'accueil périscolaire fixant les conditions de fonctionnement et les modalités de prépaiement suivant le type de formule retenue au regard de ma situation.

Date et signature

RESPONSABLE LEGAL N°2

Mère Père Tuteur, Tutrice

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :

Situation familiale : célibataire marié (e) pacsé (e) vie maritale divorcé (e) séparé (e) veuf (ve)

Adresse :

N : Nom de la voie :

Code postal : Commune :

Coordonnées :

Téléphone domicile : Téléphone professionnel :

Téléphone mobile :

Adresse électronique :

Profession :

Emploi :

Employeur :

Adresse :

Organismes Tiers :

N°CAF : N° MSA : Régime :

Information par mail : OUI NON

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués et m'engage à signaler à la ville de MONTFRIN tout changement dans la situation de mon enfant au cours de sa scolarité.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire et de l'accueil périscolaire fixant les conditions de fonctionnement et les modalités de prépaiement suivant le type de formule retenue au regard de ma situation.

Date et signature

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p>1 - ENFANT</p> <p>NOM :</p> <p>PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	--

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant 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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : _____

Numéros de téléphone :

Mère : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile _____ portable : _____ travail : _____

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 le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

N° de sécurité sociale _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

*

Engagement des parents

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués et m'engage à signaler à la ville de MONTFRIN tout changement dans la situation de mon enfant au cours de sa scolarité.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire et de l'accueil périscolaire fixant les conditions de fonctionnement et les modalités de prépaiement suivant le type de formule retenue au regard de ma situation.

Date :

Mention manuscrite « lu et approuvé » :

-

.....

Signature du parent responsable légal :

*

Engagement de l'enfant

Il est demandé aux parents ou responsables d'expliquer, de commenter le règlement intérieur du restaurant scolaire et de l'accueil périscolaire à leur(s) enfant(s) et de signer avec lui la présente charte de bonne conduite, qui sera remis au responsable du restaurant scolaire et l'accueil périscolaire.



Charte de bonne conduite



Je m'appelle (nom-prénom)

.....

Et je m'engage à :

Obéir au personnel de service et le respecter de la cantine

Respecter mes camarades et le personnel

👉 Me laver les mains avant d'aller manger
gaspiller

Rentrer dans la cantine sans courir

Rester poli (e)

Respecter la nourriture et de ne pas la

👉 Respecter le matériel et les locaux

Parler à voix basse

Si je ne respecte pas ce règlement, j'accepte d'être changé (e) de table ou d'avoir un
avertissement.

À 3 avertissements, je risque de ne plus pouvoir manger à la cantine.

Signature de l'élève :

Signature de mon papa ou de ma

maman :

Fiche d'inscription

Etablissement : ECOLE ELEMENTAIRE AMAND PEYROT

Matin Acc Peri

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi		Jeudi	Vendredi

- Inscription occasionnelle

Restauration

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi		Jeudi	Vendredi

- Inscription occasionnelle

Soir Acc Peri

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi		Jeudi	Vendredi

- Inscription occasionnelle

Etablissement : ECOLE MATERNELLE SUZANNE CREMIEUX

Matin Acc Peri

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi		Jeudi	Vendredi

- Inscription occasionnelle

Restauration

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi		Jeudi	Vendredi

- Inscription occasionnelle

Soir Acc Peri

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi		Jeudi	Vendredi

- Inscription occasionnelle

Date et signature



INSCRIPTIONS PREMIER TRIMESTRE 2018 2019

NOM - PRÉNOM :

- ALSH MATERNEL (3-5 ans)**
- ALSH PRIMAIRE (6-11 ans)**
- Inscription permanente sur tout le trimestre, tous les mercredis
- Inscription occasionnelle, jours à cocher

Merci de préciser le type d'inscription que vous souhaitez :

JOURNÉE AVEC REPAS

JOURNÉE SANS REPAS

MATIN

APRÈS-MIDI

REPAS

	2 MAI	9 MAI	16 MAI	23 MAI	30 MAI
	06 JUIN	13 JUIN	20 JUIN	27 JUIN	
	4 JUILLET	<p><i>Nous vous rappelons que le paiement à l'inscription est obligatoire</i></p> <p><i>En cas d'absence ou d'annulation d'inscription, merci de prévenir Cédric Dumas au 06 77 67 95 56 ou sur alsh.montfrin@orange.fr</i></p>			

ENGAGEMENT DES PARENTS

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués et je m'engage à fournir à la collectivité tous les changements dans la situation de l'enfant en cours d'année (santé, adresse, numéros de téléphone etc...)

Je reconnais avoir pris connaissance des règlements intérieurs, des modalités d'inscriptions pour tous les services et ainsi fournir tous les documents nécessaires aux inscriptions.

Date :

Signature(s) du(des responsables légal(aux) avec la mention « lu et approuvé » :

