

DOSSIER D'INSCRIPTIONS ANNEE 2019/2020

LA ROQUETTE SUR SIAGNE

ECOLE :

CLASSE :

Renseignements concernant l'enfant

Nom : Prénom :
Né (e) : Lieu de naissance :
Sexe : Féminin Masculin Nationalité :
Adresse :
.....
Protocole d'Accueil individualisé (P.A.I) : oui (photocopie à fournir) non
(Si enfant atteint d'une maladie chronique, allergie ou intolérance alimentaire)
Précisions :

Renseignements familiaux

Représentant légal 1 Père Mère Tuteur

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone du domicile : Portable :
Adresse mail :
Profession : Employeur : Tél. :

Représentant légal 2 Père Mère Tuteur

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone du domicile : Portable :
Adresse mail :
Profession : Employeur : Tél. :

Situation familiale actuelle

Situation de famille : Marié Concubinage Séparé Divorcé Pacsé Célibataire Veuf(ve)
Qui exerce l'autorité parentale : Le père/la mère Le père La mère Tuteur
Garde alternée : oui non
Nombre d'enfants à charge : Composition de la famille :

Régime allocataire dont dépend l'enfant

N° allocataire CAF :
J'autorise le Service Jeunesse à consulter et à imprimer mon Quotient Familial sur le site CDAP : oui non
Autre régime allocataire : MSA Autre (à préciser) : Aucun

J'autorise la structure à saisir mes informations personnelles sur le logiciel AIGA : oui non

Inscriptions

Pause méridienne : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Tarif : **3.30€** / Pour les enfants Hors-Commune : **4.50€**
Aucune déduction ne pourra se faire : sauf en cas de maladie joindre le justificatif médical – Grève – Absence de l'enseignant-Pique-nique.

Périscolaire : Matin Soir Matin et Soir

Forfaits au mois :

Forfait matin : QFx0.4%x1.8 (Tarif plancher : 4.32€/Plafond : 14.40€)

Forfait soir : QFx0.4%x4.50 (Tarif plancher : 10.80€/Plafond : 36€)

Forfait matin et soir : forfait matin + forfait soir (tarif plancher : 15.12€/Plafond : 50.40€)

Le mercredi Oui Non *Merci de faire vos réservations auprès du responsable (cf tableau de réservations)*

Attention : l'accueil des enfants des 3 groupes scolaires se fera uniquement à l'école Saint Jean

Prix à la journée : QFx0.9% (Tarif plancher : 5.40€/Plafond : 18€)

Prix à la demi-journée avec repas : QFx0.7% (Tarif plancher : 4.20€/Plafond : 14€)

½ journée Matin : 7h30/14h ½ journée Après-midi : 12h/18h30

Personnes à prévenir en cas d'accident ou autorisées à récupérer l'enfant

Nom, prénom	Lien de parenté	Téléphone	portable	Je l'autorise	
				A être prévenu en cas accident	A récupérer mon enfant
				<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"/> 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"/> oui <input type="checkbox"/> non

Droit à l'image

J'autorise le périscolaire et l'ALSH à prendre et publier les photos ou vidéos de mon enfant sur la presse locale et sur les supports de communication de la ville, affiches, expositions...

Oui Non

La présente autorisation est consentie durant toute l'année scolaire.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et en cas d'urgence, accident ou maladie, j'autorise le directeur du périscolaire à prendre toutes les dispositions nécessaires.

Nom du médecin traitant..... Tel. :

Je reconnais avoir pris connaissance des règlements intérieurs.

La Roquette sur Siagne, le :

Signatures du père

Signature de la mère

Signature du tuteur légal,
le cas échéant

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT

VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

Protocole d'Accueil individualisé (P.A.I) : OUI NON

Si oui, date de l'établissement du P.A.I : (Joindre une copie avec certificat)

ALLERGIES : ASTHMES OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON ALIMENTAIRES OUI NON Autres _____

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC.... PRECISEZ.

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° Tél _____ / _____

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT _____

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise la structure à saisir les informations médicales sur le logiciel AIGA : oui non

DATE : _____

Signature :

Pièces à fournir à l'inscription de votre enfant

- Les fiches de renseignements et d'autorisations
- Attestation d'assurance 2019/2020 au nom de l'enfant
- Copie du jugement si garde alternée ou divorce
- Notification CAF avec quotient familial ou dernier avis d'imposition sur les revenus pour les non allocataires CAF
- Copie d'un P.A.I. si problèmes allergies ou autre
- Copie des Vaccins
- Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois

Les inscriptions se font à partir du 20/05/2019 et se terminent le 24/07/2019 inclus par mail ou par téléphone.

Tel : 04.92.19.45.11 de 8h30 à 16h

Mail : enfance@laroquettesursiagne.com

Aucun dossier ne sera accepté s'il n'est pas complet

PARTIE A CONSERVER

Calendrier des périodes de réservations

Contact : Magali AMITRANO mail : enfance@laroquettesursiagne.com

POUR LES MERCREDIS

Périodes	Dates d'inscription
Mercredis Septembre –Octobre 2019	24/06 au 24/07
Mercredis Novembre – Décembre 2019	16/10 au 25/10
Mercredis Janvier –février 2020	4/12 au 13/12
Mercredis Mars –Avril 2020	22/01 au 31/01
Mercredis Mai –Juin 2020	25/03 au 3/04

POUR LES VACANCES

Périodes	Dates d'inscription
Vacances d'Octobre 2019	16/09 au 27/09
Vacances de Février 2020	08/01 au 17/01
Vacances d'Avril 2020	11/03 au 20/03
Vacances d'Eté 2020	06/05 au 05/06

Merci de votre compréhension

L'équipe d'animation.