



## **DOSSIER D'INSCRIPTIONS** **Année scolaire 2018 / 2019**



**A remettre avant le 20/07/2018**

- Accueil de loisirs « L'Imaginaire »
- Garderie
- Restaurant scolaire
- Accueil périscolaire du soir

### **Documents obligatoires à fournir avec ce dossier**

- Une photocopie du carnet de vaccinations
- Une photocopie de la feuille d'imposition 2018 (à donner avant le 31/12/2018)
- Le Pass'ALSH (si la famille en possède),
- Une attestation d'assurance responsabilité civile ou extra-scolaire.

**NOM - PRENOM DE L'ENFANT :**

\_\_\_\_\_

Dossier remis le :  
N° badge :

Mairie : 05.55.88.17.08 [ussacmairie@orange.fr](mailto:ussacmairie@orange.fr)  
ALSH : 05.55.86.15.80 / 06.70.96.01.18 / [alsh-ussac@orange.fr](mailto:alsh-ussac@orange.fr)



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE 2018-2019






NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

## **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER DANS LEQUEL VIT L'ENFANT**

### **Responsables de l'enfant**

COMPOSITION FAMILIALE	Mère ou tutrice	Père ou tuteur	Conjoint(e) ou concubin(e) vivant au foyer
Nom			
Prénom			
Adresse			
CP - Ville			
			
			
 du travail			
Mail <i>(pour les inscriptions, l'envoi des plannings d'activités)</i>			
Profession			
Employeur			
Nombre d'enfants vivant au foyer			

Situation familiale :  marié(e)  vie maritale ou PACS  divorcé(e), séparé(e)  célibataire  veuf(ve)

Régime de prestations familiales :  CAF  MSA  SNCF  AUTRES (à préciser) :

N° sécurité sociale :

N° CAF ou MSA :

## **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné (e), \_\_\_\_\_ Père, Mère, Tuteur (1)

- 1- Autorise les agents des services municipaux à faire procéder à toute intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité.
- 2- Autorise mon enfant à participer aux activités de l'Accueil de loisirs sous la responsabilité du personnel d'encadrement.
- 3- Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités (site internet de la commune, blog, journaux locaux) (1)
- 4- Autorise
  - mon enfant à rentrer seul à mon domicile après les activités (1).
  - mon enfant à rentrer seul à la descente du car(1).
- 5- Autorise la Mairie d'Ussac (19) à consulter les données familiales mises à disposition par la Caisse d'Allocations Familiales de la Corrèze sur le site professionnel CAFPRO (1)

Ussac, le .....

**« Lu et approuvé »**

**Signature des responsables :**

## **REGLEMENTS INTERIEURS**

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur des structures municipales enfance jeunesse et m'engage à les respecter.

Ussac, le .....

**« Lu et approuvé »**

**Signature des responsables**

(1) Rayer la mention inutile



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018- 2019



NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées du médecin traitant : \_\_\_\_\_

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite	
Tétanos				BCG	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Trétracoq				Autres (préciser)	
Ou Pentacoq					

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

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatismes	Scarlatine	
Coqueluche	Otites	Rougeole	Oreillons		

**Allergies :**

Asthme      oui  non       Médicamenteuses      oui  non   
Alimentaires      oui  non       Autres : \_\_\_\_\_

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :** \_\_\_\_\_

**Mise en place d'un PAI** (Plan d'Accueil Individualisé)      oui  non

**Régime alimentaire :** \_\_\_\_\_

**Indiquer les autres difficultés de santé en précisant les dates** (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations...): \_\_\_\_\_

**Recommandations des parents:** \_\_\_\_\_

Actuellement l'enfant suit-il un traitement?      oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marquées au nom de l'enfant).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

Mon enfant      sait nager       ne sait pas nager   
(NB: Les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la Poliomyélite).

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT** (autres que les responsables légaux)

Nom-Prénom	Lien avec l'enfant		

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

Date :

Signature

# INSCRIPTIONS PREVISIONNELLES / PARTICIPATIONS AUX DIFFERENTS SERVICES

Mon enfant fréquentera régulièrement :

- **La restauration scolaire**

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

- **La garderie et l'accueil périscolaire**

	MATIN		APRES MIDI 16h30-17h	SOIR (payant)	
	7h-8h	8h-9h		17h-18h	18h-19h
LUNDI					
MARDI					
JEUDI					
VENDREDI					

---

---

- **Le transport scolaire**  
*Inscription auprès du Conseil Départemental*

Mon enfant prendra le car scolaire le matin    oui             non

Mon enfant prendra le car scolaire le soir    oui             non

---

---