



FICHE D'INSCRIPTION

ENFANT

Nom/Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe M F Classe à la rentrée :

Garderie matin à partir de 7h30

- Inscription annuelle régulière. Planning à cocher

| LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Inscription occasionnelle*

1er jour de présence :

Restauration scolaire

- Inscription annuelle régulière. Planning à cocher

| LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Inscription occasionnelle*

1er jour de présence :

Cocher le type de repas demandé :

Repas classique Repas sans viande Repas sans porc PAI (vu avec médecin scolaire)

Garderie mercredi midi sans repas de 11h30 à 12h15

- Inscription annuelle régulière

- Inscription occasionnelle*

1er jour de présence :

Garderie soir à partir de 15h45

- Inscription annuelle régulière. Planning à cocher

| LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Inscription occasionnelle*

1er jour de présence :

Etude surveillée de 15h45 à 17h00 (à partir du CE1)

- Inscription annuelle régulière. Planning à cocher

| LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Inscription occasionnelle*

1er jour de présence :

NAP (Nouvelles activités périscolaires) de 15h45 à 17h00

- Inscription annuelle, dès la rentrée.

Planning à cocher (1 sport 1 socio culturel) puis liste d'attente

| LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| NAP | LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
|-----|-------|-------|-------|----------|
| PS | SPORT | SC | SC | SPORT |
| MS | SC | SPORT | SPORT | SC |
| GS | SC | SPORT | SPORT | SC |
| CP | SPORT | SC | SC | SPORT |
| CE1 | SPORT | SC | SC | SPORT |
| CE2 | SPORT | SC | SC | SPORT |
| CM1 | SC | SPORT | SPORT | SC |
| CM2 | SC | SPORT | SPORT | SC |

Garderie après-NAP à partir de 17h00

- Inscription annuelle régulière. Planning à cocher

| LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Inscription occasionnelle*

1er jour de présence :

Mercredi Loisirs (mercredi après-midi)

- Inscription annuelle régulière

- Inscription occasionnelle*

communauté de communes



1er jour de présence :

* Ne pas oublier d'inscrire par la suite via le portail famille ou mail : service-periscolaire@arc-sur-tille.fr



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M., Mme :

Père, Mère, Tuteur Légal (1)

1) Autorise mon fils, ma fille, mon pupille (1)

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

A PARTICIPER AUX ACTIVITES DU SERVICE PERISCOLAIRE D'ARC-sur-TILLE
POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2017/2018.

2) Autorise les responsables des structures d'accueil à prendre, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident de l'enfant, toute mesure d'urgence tant médicale que chirurgicale y compris éventuellement l'hospitalisation.

3) Autorise l'utilisation des photos de mon enfant dans le cadre des publications municipales.

Je signale, en outre, que mon fils, ma fille, mon pupille (1) est assuré(e) en responsabilité civile.

Nom de l'organisme : Numéro du Contrat :

J'autorise mon enfant à rentrer seul :

| A la fin des NAP/étude | A la fin de la garderie | A l'horaire ci-dessous |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |h..... |

J'autorise

M ou Mme

M ou Mme

M ou Mme

A prendre en charge mon enfant :

| A la fin des NAP/étude | A la fin de la garderie | A l'horaire ci-dessous |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |h..... |

Fait à ARC sur TILLE, le

Signature précédée de la mention "Lu et Approuvé"

(1) Rayer les mentions inutiles



RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Nom, prénom de l'enfant :

Date de naissance : .. / .. /

Classe :

Si parents injoignables, personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence :

Nom, prénom

Adresse

■ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

Nom, prénom

Adresse

■ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

Les responsables légaux autorisent ces personnes à venir chercher l'enfant dans la structure

(3)

Vaccinations : (obligatoire)

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné.

(4)

(5) Indiquez ci-dessous les éléments médicaux qui sont susceptibles

(6) d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil

(7)

Maladies ou allergies sévères connues : (exemple diabète, asthme, allergies alimentaires.....)

Conduite à tenir spécifique (sommeil, hygiène, alimentation.....Port de lunettes, port d'appareillage auditif.....)

Traitement médicamenteux : (susceptible d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil) si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil contactez le directeur de la structure. Cela doit rester exceptionnel, et la copie de l'ordonnance en cours de validité contresignée des parents est obligatoire.

Allergies médicamenteuses connues : _

(11) En cas d'urgence, j'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours,

(12) Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

(13) Signature des parents



ATTESTATION EMPLOYEUR DU PÈRE

Nom et Prénom de(s) l'enfant(s)

Classe(s) fréquentée(s).....

Je soussigné :

Entreprise

Déclare employer :.....

domicilié

A.....

Le

Cachet, signature de l'employeur

*A retourner à la Mairie dans votre dossier d'inscription.
(1 exemplaire par famille)*



ATTESTATION EMPLOYEUR DE LA MÈRE

Nom et Prénom de(s) l'enfant(s)

Classe(s) fréquentée(s).....

Je soussigné :

Entreprise

Déclare employer :.....

domiciliée

A.....

Le

Cachet, signature de l'employeur

*A retourner à la Mairie dans votre dossier d'inscription.
(1 exemplaire par famille)*