



# FICHE FAMILLE

Seuls les dossiers retournés complets seront validés

ANNEE SCOLAIRE 2017-2018

## COORDONNEES DES PARENTS

	Père	Mère
NOM/Prénom		
Adresse		
<b>Téléphone impératif aux horaires d'ouverture des accueils concernés</b>		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
Adresse mail		
Nom et adresse du médecin traitant	Téléphone : .....	

**Vous êtes allocataire :**

CAF  ou MSA  ou autres  lequel : .....

**N° ALLOCATAIRE** .....

## ENFANTS

Nom/Prénom	Date naissance	Niveau de Classe à la rentrée



# 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\*

*1er jour de présence :*

communauté de communes



\* 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)*