



DOSSIER D'INSCRIPTION

ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS

MONTOIS-LA-MONTAGNE

ANNÉE 2021/2022

NOTE AUX PARENTS

Madame, Monsieur,

Votre enfant fréquente un des Accueils Collectifs de Mineurs organisé par la municipalité,

Ce dossier d'inscription est un document obligatoire.

Il comprend :

- 1 note aux parents,
- 1 attestation de prise de connaissance du règlement intérieur et du projet pédagogique,
- 1 fiche d'inscription,
- 1 fiche sanitaire,
- Les photocopies du carnet de vaccination (DT polio obligatoire pour l'inscription en collectivité),
- 1 attestation d'assurance responsabilité civile et extra-scolaire,
- Les avis d'imposition 2020 et 2021 (dès réception),
- Les certificats de rémunération annuelle pour les frontaliers ou tout autre document attestant d'une indemnité supplémentaire.
- Ce document.

Le dossier d'inscription est un document de référence valable du 1^{er} septembre 2021 au 31 août 2022. Toutes les pages sont à dater et à signer.

Les dossiers incomplets seront refusés.

Les inscriptions ne pourront être prises en compte que lorsque le dossier complet aura été enregistré par le service périscolaire.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

La directrice

Accueils Collectifs de Mineurs

Montois-la-Montagne

Attestation de prise de connaissance

Je (nous) soussigné(s) Mme, Mr responsable(s) de l'enfant..... certifie(ons) par la présente avoir pris connaissance du :

- Règlement intérieur de l'Accueil Collectif de Mineurs.

Le règlement intérieur est remis aux parents lors de l'inscription et un exemplaire reste toujours à disposition dans la structure.

- Projet pédagogique de l'Accueil Collectif de Mineurs.

Les projets pédagogiques sont présentés et expliqués lors de l'inscription. Ils restent à disposition des parents dans la structure.

A

Le

Signature(s) :

NOTE AUX PARENTS

La direction de l'Accueil Collectif de Mineurs se réserve le droit d'appliquer à un enfant :

- De la crème solaire (achetée dans le commerce)
- Du sérum physiologique

Ceci, si la fiche sanitaire n'indique aucune contre-indication

Aucun autre médicament ne sera donné à un enfant sans présentation d'une ordonnance médicale.

A compléter :

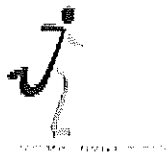
Je (nous) soussigné (s)..... responsable(s) légal(aux) de l'enfant
.....déclare(ons) par la présente avoir pris connaissance de cette
note.

J'(nous) accepte(ons) les conditions citées ci-dessus

Je (nous) refuse(ons) les conditions citées ci-dessus

Le

Signature(s) obligatoire(s)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				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 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....
.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ACCUEIL PERISCOLAIRE 2021/2022

Fiche individuelle de renseignements

Nom, prénom de l'enfant :

Né(e) le :

Sexe : M F

Ecole :Enseignant :Classe :

Régime alimentaire :

Allergies :

Recommandations des parents :

.....

<u>PARENTS DE L'ENFANT</u>	Mère Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :		
Adresse du domicile :		
Tél. Domicile/Portable		
Courriel :		

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

N° Allocataire C.A.F. :

C.A.F. d'appartenance : C.A.F. DE LA MOSELLE Autre C.A.F.

Régime d'appartenance : (MSA, général, autre régimes).....

Nombre d'enfants à charge :

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

<u>NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS</u>	Mère	Père
Nom employeur		
Adresse de l'employeur		
Téléphone professionnel		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

Nom de la compagnie

N°Téléphone :

N°Contrat :

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Activités sportives autorisées : OUI NON

Activités maquillage autorisées : OUI NON

Piscine autorisée : OUI NON L'enfant sait-il nager : OUI NON

Pendant les activités, j'autorise le personnel du service périscolaire à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. OUI NON

J'autorise la Commune de Montois-la-Montagne à utiliser ces supports pour sa communication et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) OUI NON

Nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant. :

Nom - Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone	Adresse

Fait à, le.....

Signature du(es) parent(s) :

ACCUEIL PERISCOLAIRE MONTOIS LA MONTAGNE 2021/2022

Cette inscription est valable du _____ au _____
 Les parents (ou le tuteur légal) s'engagent à confier leur enfant, _____
 aux responsables de l'Accueil Périscolaire aux heures indiquées et à prévenir de toute absence éventuelle.

Le tableau ci-dessous permet d'indiquer les heures de fréquentation de l'Accueil Périscolaire par l'enfant et d'en calculer le coût hebdomadaire à la charge des familles.

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	Quantité totale	Indice	Taux	MONTANT TOTAL
De 7h à 8h30						X		
De 8h30 à 12H00						X		
De 12H00 à 13h45						X		
De 13h45 à 16h15						X		
De 16H15 à 18h00						X		
Soit un coût Total hebdomadaire pour l'enfant de								
Soit un coût Total hebdomadaire pour l'enfant de								

Mode de règlement * Chèque bancaire ou postal Espèces Paiement dématérialisé (* Cochez la case correspondante)

Les parents (ou le tuteur légal) reconnaissent avoir pris connaissance des conditions ci-dessus et en acceptent les termes.
 Lu et approuvé, date et signature :