

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**RESTAURATION SCOLAIRE, PERISCOLAIRE, NAP,**  
**MERCREDI RECREATIF, ALSH**  
**2017/2018**

***A RENDRE AU PLUS TARD LE VENDREDI 7 JUILLET 2017***

Nom(s) et prénom(s) de l'enfant : .....

Adresse : .....

Téléphone domicile : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Lieu de Naissance : .....

Ecole : ..... Classe : .....

**SITUATION ACTUELLE DES PARENTS**

Mariés  PACS  Divorcés  Séparés  Vie maritale

En cas de divorce ou séparation : Quel parent à la garde de l'enfant ?  Mère  Père

**PERE** NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Né le : ..... à .....

Téléphone portable : .....

Mail : .....

Nom employeur : .....

Adresse employeur : .....

Téléphone employeur : .....

**MERE** NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Né le : ..... à .....

Téléphone portable : .....

Mail : .....

Nom employeur : .....

Adresse employeur : .....

Téléphone employeur : .....

**OBLIGATOIRE** N° Allocataire C.A.F : .....

Quotient Familial C.A.F : .....

Autre régime : n° d'allocataire (MSA) : .....

## MODE DE FACTURATION

Nom et adresse de facturation : .....

.....

Mère                                       Père                                       Représentant légal

### Mode de paiement :

Paiement au Centre des Finances Publiques 8 rue du 15 Septembre 1944 – 54320 MAXEVILLE, soit :

- Paiement par chèque à l'ordre du « Trésor Public » veuillez joindre le talon détachable à votre chèque, sans le coller ni l'agrafer.
- Par règlement en numéraire ou tickets CESU à la caisse du centre des finances publiques à Maxéville, chargée du recouvrement : veuillez rapporter dans ce cas le présent avis en venant payer, un reçu vous sera remis.
- Paiement en ligne par carte bancaire (TIPI et portail famille)
- Paiement par prélèvement automatique (complété le prélèvement SEPA et joindre un RIB au présent dossier, 1 document SEPA pour la restauration 1 pour les services enfance jeunesse).

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e), M .....  
 Parent(s) de l'enfant : .....

Déclare avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement disponibles sur le site internet de la commune « [www.lay-saint-christophe.fr](http://www.lay-saint-christophe.fr) » et le portail famille « [bassinpompey.portail-familles.net](http://bassinpompey.portail-familles.net) » et les accepte.

### AUTORISE

- La diffusion publique, par la Commune et/ou la Communauté de Communes de Pompey, des photographies et films contenant des images de mon enfant.  

oui
 non
- Mon enfant à quitter seul(e) les différents services périscolaire (uniquement pour les enfants des écoles primaires).  

Oui
 Non
- Autorise le(s) personne(s) majeure(s), dénommée(s) ci-après, à déposer ou à reprendre mon enfant

NOM - PRENOM	LIEN AVEC MON ENFANT	TELEPHONE

### EN CAS D'URGENCE

Qui contacter en cas d'urgence ?

Mr ou Mme.....

Tél : .....

### ASSURANCE

Nom de la compagnie d'assurance (responsabilité civile) : .....

N° du contrat assurant l'enfant : .....

Fait à ....., le .....  
 Signature des parents ou représentants légaux

## FREQUENTATION

Je soussigné(e), M .....

Parent(s) de l'enfant : .....

**Présence de l'enfant :**

Planning **régulier** (merci de compléter la semaine type de fréquentation hebdomadaire).

RESTAURATION		PERISCOLAIRE			
		MATIN		ACCUEIL DU SOIR	
Lundi		Lundi 7h30-8h20		Lundi A partir de 17h ou 17h15	
Mardi		Mardi 7h30-8h20		Mardi A partir de 15h30 ou 15h45	
Mercredi		Mercredi 7h30-8h20		Mercredi 11h30 à 12h15	
Jeudi		Jeudi 7h30-8h20		Jeudi A partir de 17h ou 17h15	
Vendredi		Vendredi 7h30-8h20		Vendredi A partir de 15h30 ou 15h45	

*Cocher les jours de présence*

Planning irrégulier, je m'engage à saisir sur le portail famille ou donner un planning au plus tard **le jeudi midi de la semaine précédente** pour la semaine suivante.

Repas occasionnel (sous réserve d'avoir inscrit mon enfant avant le jeudi midi de la semaine précédente).

**Types de menus :**       Tous aliments       Sans viande       Sans porc

**Pour les enfants présentant une allergie alimentaire :**  Projet d'accompagnement individualisé en cours (PAI)

Fait à ....., le .....  
Signature des parents ou représentants légaux

## PIECES ADMINISTRATIVES A JOINDRE AU DOSSIER

- Fiche d'inscription complétée et signée
- Avis d'imposition N-1 ou non-imposition du foyer fiscal
- Photocopie de l'attestation d'assurance (responsabilité civile)
- Justificatif de domicile (de moins de 3 mois)
- En cas de séparation des parents, joindre la photocopie de la décision de justice fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale et d'hébergement ainsi que la copie du livret de famille (père, mère, enfants)
- Attestation CAF dans laquelle figure votre QF ou attestation autre régime d'allocataire (MSA)
- Fiche sanitaire de liaison (Cerfa n°10008\*02) jointe au dossier, signée
- Pour les enfants présentant une allergie alimentaire, un Projet d'accompagnement individualisé en cours (PAI)
- RIB si prélèvement automatique
- Mandat de prélèvement SEPA Communauté de Communes si prélèvement automatique
- Mandat de prélèvement SEPA Commune de Lay Saint Christophe si prélèvement automatique

*Tout changement de coordonnées téléphoniques ou de domicile est à signaler dans les plus brefs délais*



## Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

<b>Enfant :</b>	<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :		

### I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui		non		Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	oui		non		Date
Diphtérie						Hépatite B					
Tétanos						Rubéole					
Poliomyélite						Coqueluche					
ou DT polio						Autres (préciser)					
ou Tétracoq											
B.C.G.											

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ?  oui  non

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

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

Allergies : médicamenteuses  oui  non  
 asthme  oui  non  
 alimentaires  oui  non  
 autres  oui  non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

.....

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

### III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....

.....

.....

### IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse pendant le séjour : \_\_\_\_\_  
 Tél. domicile : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_  
 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.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_