** MAIRIE DE LAY SAINT CHRISTOPHE**

Place Emile-Conte

54690 LAY St CHRISTOPHE

**Tél:** 03.83.22.80.21

**Fax:** 03.83.22.97.19 **1 dossier par enfant**

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

**RESTAURATION SCOLAIRE, PERISCOLAIRE,**

**MERCREDI RECREATIF, ALSH**

**2018/2019**

***A RENDRE AU PLUS TARD LE VENDREDI 6 JUILLET 2018***

**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 :

Née 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 l’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 de la restauration scolaire et des services enfance jeunesse disponibles sur le site internet de la commune « www.lay-saint-christophe.fr » et le portail famille « 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**

**Responsable légal de l'enfant :**

**Reconnais avoir pris connaissance que les inscriptions (périscolaire, restauration et mercredis récréatifs) devront se faire** :

- soit par internet sur le [portail Famille](http://bassinpompey.portail-familles.net/) : https://bassinpompey.portail-familles.net/

- soit par courrier électronique ([emilie.jacquet@lay-saint-christophe.fr](mailto:emilie.jacquet@lay-saint-christophe.fr) / mairie@lay-saint-christophe.fr)

Que les inscriptions devront se faire **au plus tard le jeudi avant 12 heures pour la semaine suivante**. Dans le cas où le jeudi est férié, l'inscription devra être faite pour le mercredi avant 12 heures.

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

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

❑ Repas fournit par la famille (dans le cadre du PAI)

Fait à , le

Signature des parents ou représentants légaux

**PIECES ADMINISTRATIVES A JOINDRE AU DOSSIER**

❑ Fiche d’inscription complétée et signée

❑ Attestation CAF dans laquelle figure votre QF ou attestation autre régime d’allocataire (MSA) **ou** Avis d'imposition N-1 ou non-imposition du foyer fiscal

❑ Photocopie de l’attestation d’assurance 2018/2019 (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)

❑ 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***

|  |  |
| --- | --- |
| logo MSJSVA bleu | *Code de l'action sociale et des familles*  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.*

**Enfant :** 🞎 fille 🞎 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubéole** | **Varicelle** | **Angine** | **Scarlatine** | **Coqueluche** |
| 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non |
| **Otite** | **Rougeole** | **Oreillons** | **Rhumatisme articulaire aigu** | |
| 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 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 :