



DOSSIER D'INSCRIPTION

Accueils Périscolaires

Matin et soir

ANNÉE SCOLAIRE 2020 - 2021



SAINT-YRIEIX
LIMOUSIN/PÉRIGORD

Accueils périscolaires Municipaux Matin et Soir



POUR QUI ?

Dès la scolarisation de l'enfant jusqu'au CM2



QUAND ?

Lundi - Mardi - Jeudi - Vendredi
> 07h30 à 08h35
> 16h15 à 18h30



OÙ ?

> Écoles maternelles et élémentaires Jules Ferry et Maurice Ravel

TARIFS ?

> Forfait matin = 1,20 €
à partir du 2^{ème} enfant 1 €
> Forfait soir = 1,20 €
à partir du 2^{ème} enfant 1 €



- > Les enfants sont accueillis de façon occasionnelle ou habituelle en dehors des heures de classe durant la période scolaire.
- > Une salle est prévue à cet effet où ils ont à leur disposition du matériel adapté à leur âge.
- > L'organisation de l'espace permet à chacun de s'appropriier les lieux et ainsi de bien vivre ce temps de collectivité.
- > Ils peuvent y faire des activités, leurs devoirs pour les plus grands, des jeux ou se détendre en jouant ou en lisant. Les activités proposées ne sont pas imposées aux enfants, les laissant libres de participer ou non, de s'exprimer, afin de s'épanouir pleinement.
- > Elles peuvent être en autonomie, à la demande des enfants ou sur proposition des animatrices : activités ponctuelles, jeux de société, jeux collectifs extérieurs, parcours de motricité pour la maternelle.
- > Le matin comme le soir, ils peuvent prévoir un goûter qu'ils prendront avec l'aval de l'adulte référent.
- > L'équipe d'encadrement est constituée d'animatrices qui travaillent au quotidien dans les écoles.
- > Elles sont un lien d'information et de communication important entre les parents et les enseignants.

Fiche de renseignements

ENFANT

M F

Photo identité

Nom:.....Prénom :.....

Né(e) le :..... à :

Adresse :

Code postal :Ville :

RESPONSABLES LÉGAUX

Adulte 1

Autorité parentale oui non (si non, joindre la copie de la décision judiciaire)

Nom Prénom

Situation familiale :

Adresse (si différente de l'enfant) :

ProfessionEmployeur

N° Sécurité Sociale

Merci de cocher le régime correspondant à votre affiliation :

régime Gal & Fonctionnaire régime agricole Autre (SNCF, RATP)

CAF N°allocataire

Passeport CAF oui non (si oui, merci de joindre une copie)

Numéro MSA

Tel domicile

Tel portable

Tel professionnel

Mail

Adulte 2

Autorité parentale oui non (si non, joindre la copie de la décision judiciaire)

Nom Prénom

Situation familiale :

Adresse (si différente de l'enfant) :

ProfessionEmployeur

N° Sécurité Sociale

Merci de cocher le régime correspondant à votre affiliation :

régime Gal & Fonctionnaire régime agricole Autre (SNCF, RATP)

CAF N°allocataire

Passeport CAF oui non (si oui, merci de joindre une copie)

Numéro MSA

Tel domicile

Tel portable

Tel professionnel

Mail

Autre responsable légal

Organisme : Autorité parentale oui non

Fonction Personne référente

Lien avec l'enfant

Adresse :

.....

Tel domicile..... Tel portable..... Tel professionnel.....

Adresse de facturation Père Mère Autre (merci de préciser):.....

PASSEPORT CAF (cochez la case)

J'AUTORISE L'ACCUEIL DE LOISIRS DE SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE À RECUEILLIR DES INFORMATIONS CONCERNANT MON DROIT AU PASSEPORT JEUNES AUPRÈS DE MA CAF AFIN DE VÉRIFIER MON ÉLIGIBILITÉ ET DE SIMPLIFIER MES DÉMARCHES

RESPONSABLES DÉSIGNÉS

(ou personnes habilitées pour la prise en charge de l'enfant en cas d'absence des parents)

Nom Prénom

Lien avec l'enfant :

Adresse :

.....

Tel domicile..... Tel portable..... Tel professionnel.....

Nom Prénom

Lien avec l'enfant :

Adresse :

.....

Tel domicile..... Tel portable..... Tel professionnel.....

Une autorisation parentale écrite doit être fournie (de manière ponctuelle ou pour l'année scolaire) dans le cas où :

- > l'enfant est récupéré par une tierce personne, laquelle doit présenter un double de l'autorisation et une pièce d'identité ;
- > l'enfant s'absente de la structure pour pratiquer certaines activités (musique, sport, catéchisme..) ;
- > l'enfant quitte seul la structure.

DÈS QU'UN ENFANT QUITTE LA STRUCTURE IL N'EST PLUS SOUS LA RESPONSABILITÉ DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

**Nous autorisons les responsables de l'Accueil de Loisirs à prendre toutes les mesures qu'ils jugeraient utiles dans le cas où notre enfant aurait besoin de soins urgents.
Nous déclarons avoir pris connaissance du règlement et nous nous engageons à le respecter.
Nous signalerons tout changement modifiant les indications mentionnées sur ce document.**

Date : Signature du(des) responsable(s) légal(aux):



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - ENFANT
	NOM : PRÉNOM :
	DATE DE NAISSANCE :
	<input type="checkbox"/> GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Joindre une copie des vaccinations.

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Polyomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ALLERGIES	ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
	ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
	MÉDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Autres.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indiquer ci-après :

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** a t'il été établi au sein de l'école ? oui non

Si oui, merci de bien vouloir prendre contact avec la directrice. Une copie du document vous sera demandé.

Responsable de l'enfant :

Nom..... Prénom

Adresse (pendant le séjour)

.....

Tél.fixe (et portable), Domicile Bureau

Nom et téléphone 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 :

Consentement sur la communication des données personnelles

Oui Je consens au traitement de mes données personnelles communiquées et nécessaires au service Accueil de Loisirs de la Commune de Saint Yrieix la Perche, qui s'engage à respecter leur confidentialité et leur protection conformément à la législation et à la réglementation. Je peux révoquer mon consentement à tout moment.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service chargé du droit d'accès.

ou

Non Je refuse de communiquer mes données personnelles et qu'elles soient traitées par le service Accueil de Loisirs de la Commune de Saint-Yrieix la Perche. **Votre enfant ne sera pas inscrit et ne pourra donc pas fréquenter la structure.**

Ce refus porte acceptation expresse des conséquences découlant de la non transmission au service de mes données personnelles.

Date:

Signature:

DROIT À L'IMAGE (RAPPEL DU RÈGLEMENT) :

Des photos des enfants sont prises dans le cadre des activités proposées par l'accueil de loisirs. Sauf avis contraire de votre part (courrier), elles pourront être utilisées comme supports d'activités ou de communication (bulletin municipal, presse, affichage, site internet de la ville).