



Pièces à fournir :

- ✓ Copie des pages de vaccinations du carnet de santé avec nom et prénoms de l'enfant
- ✓ Copie attestation responsabilité civile ou assurance scolaire 2019-2020
- ✓ Attestation récente du quotient familial CAF / MSA ou copie du dernier avis d'imposition

En cas de séparation :

- ✓ Ordonnance de jugement en cas de divorce et séparation

En cas problème de santé :

- ✓ Copie du P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

L'enfant

Nom et prénom(s) de l'enfant :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Ecole : Classe :

Accueil périscolaire

Votre enfant fréquentera l'accueil périscolaire suivant :

- Maternelle-élémentaire Le Cormier Maternelle-élémentaire des Mérigots

Période de fréquentation :

- Matin (Entre 7h30 et 8h20) Midi avec repas (Entre 11h30 et 13h20) Soir (Entre 16h30 et 18h30)

↳ Penser à vous inscrire au restaurant scolaire sur le site internet <https://cuisinecentralevillement.fr/>

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire (inscriptions, fonctionnement et règles de vie, modalités de facturation).

La facturation est établie selon le **Quotient Familial** pour les matins et soirs par la Mairie et par les restaurants scolaires pour le repas (Gratuité pour l'accueil périscolaire du midi).

Situation familiale

Situation familiale :





- Mariés PACS Union libre Célibataire
 Divorcés Séparés Veuf(ve)

En cas de divorce ou de séparation, préciser :

Autorité parentale : Conjointe A la mère Au père

Résidence principale : Garde alternée Chez la mère Chez le père

Les parents

| | Parent | Parent |
|--|---|---|
| Nom et prénom | | |
| Adresse complète | | |
|  portable | | |
|  fixe | | |
|  travail | | |
|  Courriel | | |
| N° allocataire CAF/MSA | | |
| Facturation | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Composition familiale

En cas de reconstitution familiale :

Nom et prénom(s) du conjoint :

Adresse complète :

.....

Téléphone portable : Téléphone travail :

Personne(s) autorisée(s)

Personne(s) autorisée(s) à prendre mon enfant en charge (Autre que les responsables légaux) :

↪ Nom et prénom(s) :

Qualité : Téléphone :

↪ Nom et prénom(s) :

Qualité : Téléphone :

↪ Nom et prénom(s) :

Qualité : Téléphone :

N° de sécurité sociale :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Médecin traitant : Tél. :

Renseignements médicaux :Vaccins obligatoires à jour : Oui Non **(Joindre copie carnet de santé)***Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, à savoir le DTP (diphtérie, tétanos et poliomyélite), fournir un certificat médical de contre-indication.***Maladies contractées :**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rubéole | Varicelle | Angines | Coqueluche | 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 | |
| Oreillons | Otites | Rougeole | Scarlatine | <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 | |
| Asthme | Autre (s) : A préciser. | | | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | |

Allergies :

| | |
|---|--|
| Alimentaire | Préciser causes, symptômes, traitement... |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Médicamenteuse | Préciser causes, symptômes, traitement... |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Autres allergies | Préciser causes, symptômes, traitement... |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

Traitement médical :L'enfant suit un traitement quotidien : Oui Non

Si oui, préciser :

*Si l'équipe encadrante doit administrer un traitement, joindre obligatoirement les médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec une ordonnance récente.*L'état de santé de l'enfant nécessite un traitement médical d'urgence : Oui Non*Si oui, un P.A.I. (Projet d'Accueil Individuel) en raison d'une pathologie chronique, d'intolérances alimentaires ou allergies doit être mis en place pour accueillir l'enfant en accueil périscolaire (Matin, midi, soir). Fournir une copie du P.A.I. ou remplir le document P.A.I. fourni par l'accueil périscolaire.**Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être donnés à la directrice de l'accueil périscolaire.***Suivi médical :**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Institut spécialisé | Orthophoniste | Pédopsychiatre | Autre (Préciser) |
| <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 |

Régime alimentaire :Sans porc : oui nonSans viande : oui nonAutre : oui non

A préciser :

Autres particularités :Port de lunette : oui non Si oui, préciser permanent occasionnel (Ecrans, lecture)Prothèse dentaire : oui nonProthèse auditive : oui nonAutre : oui non

A préciser :

Recommandations :

.....

Autorisation d'utilisation de l'image de l'enfant :

| En interne (Exposition, animations...) | Site internet de la Mairie | Support de communication | Presse locale |
|---|---|---|---|
| <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 |

Autorisation de sorties encadrées par l'équipe périscolaire (Ex : médiathèque, gymnase....) : Oui NonAutorisation de sortir seul de l'accueil périscolaire le soir : oui non

Je soussigné(e),
responsable légal(e) de l'enfant, **déclare exacts les renseignements portés sur ce document** et m'engage
à **signaler par écrit à la directrice périscolaire ou à la responsable du service Education tout changement
de situation.**

Fait à L'Isle d'Espagnac, le

Signature responsable *Signature responsable***Tout dossier incomplet sera refusé****Maternelle et élémentaire des Mérigots - Laetitia Champagne**

Tél. : 06.24.68.98.67. / Mail : perisco.merigots@gmail.com

Maternelle et élémentaire Le Cormier - Sylvie Brethonnet

Tél. : 06.47.40.94.56. / Mail : sbrethonnet.lisledespagnac@gmail.com

Responsable service éducation - Laetitia Samson

Tél. : 05.45.38.62.00. (Taper 3) / Mail : education@mairie-lisledespagnac.fr