

À RETOURNER À L' ACCUEIL DU CENTRE SOCIAL AVANT LE 23 JUIN



FICHE D'INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

École : M T P E SAINTÉ TULLE
 L W D C EXTÉRIEUR
 (cocher la case correspondante) (cocher la case correspondante)

Élève : Nom _____
 Prénom _____

Adresse Mail (OBLIGATOIRE) _____
 Instituteur /CLASSE _____

A l'année selon le planning suivant :

Lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
		ALSH		

Chaque mois (le calendrier doit nous être fourni avant le 20 du mois précédent) :

	INSCRIPTIONS JOURS	Nbre De jours	Réglé le :
SEPTEMBRE			
OCTOBRE			
NOVEMBRE			
DECEMBRE			
JANVIER			
FÉVRIER			
MARS			
AVRIL			
MAI			
JUIN / JUILLET			

Fait à Sainte-Tulle, le ____ / ____ / ____

Attention, le règlement se fait en début de mois

Signature

Tourner. SVP

INFORMATIONS FOYER

PÈRE

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse personnelle : _____
Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Profession : _____ Employeur : _____
Téléphone employeur : _____

MÈRE

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse personnelle : _____
Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Profession : _____ Employeur : _____
Téléphone employeur : _____

SITUATION FAMILIALE *:

*Marié, Séparé, Divorcé, Veuf, Célibataire...

SI PARENTS SÉPARÉS, MODE DE GARDE : _____

Autres enfants du foyer (nbre) : Nom, Prénom : _____
Nom, Prénom : _____

Le(s) enfant(s) fréquente(nt) une autre structure du Centre social, laquelle :

* Crèche : * Centre inter-âge (ateliers) : * Salle des jeunes :

AUTORISATIONS/ AUTRES

Je soussigné (e), _____

- Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du contenu du Règlement intérieur disponible sur le site www.ville-sainte-tulle.fr, ou à l'accueil du Centre social, en Mairie et en accepte les conditions.
- Autorise mon enfant à effectuer dans le cadre des temps périscolaires (CEL, Temps méridien, TAP, etc...) différentes activités au sein de la commune (parc, gymnase, etc...)
- Autorise le responsable de l'animation à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence et à recevoir tous les soins nécessaires à son état (**remplir la fiche destinées aux secours d'urgence**).
- Accepte que mon enfant soit pris en photo ou filmé lors des activités ou des repas.
- Je précise que mon enfantn'est sujet à aucune allergie d'ordre alimentaire, *
OU
Je précise que mon enfantsouffre d'une allergie alimentaire ou de troubles de santé dus à une maladie chronique*.

*Rayez la mention inutile.

Mon enfant fait l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) OUI NON

Fait à Sainte-Tulle, le ____ / ____ / ____

Signature :

(précédée de la mention « **lu et approuvé** »)

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer le fichier des bénéficiaires de la restauration Scolaire. Les destinataires des données sont les agents du Centre Social Municipal. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à l'accueil du Centre Social Municipal. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

Prénom : _____ Classe : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

N° Sécurité sociale : _____

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDÉS	Date du dernier rappel
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Rubéole_Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Hépatite B	
RAPPEL TOUS LES 5 ANS		Autres :	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole Angine Coqueluche Rougeole
 Varicelle Scarlatine Otite Oreillons

Des allergies sont-elles à signaler : Asthme Médicamenteuses Alimentaires Autres :

En cas d'allergie, nécessité d'établir un PAI (Protocole d'Accueil individuel) auprès de l'école avant la rentrée scolaire

Préciser les causes de l'allergie : _____

Indiquer ci-après les difficultés de santé éventuelles rencontrées par votre enfant (maladie, accident, crises convulsives, Hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et/ou les précautions à prendre :

.....
.....

Médecin traitant (facultatif) : _____ Téléphone : _____

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? OUI NON

COORDONNÉES DES RESPONSABLES LÉGAUX en cas d'urgence

	Nom et Prénom	Téléphone portable	Téléphone employeur
Parent : père/mère			
Parent : père/mère			

En cas d'urgence et dans l'impossibilité de joindre les responsables légaux, merci d'indiquer les personnes à contacter :

Nom, Prénom : _____ Téléphone : _____

Nom, Prénom : _____ Téléphone : _____

Je soussigné (e),, responsable légal (e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la Mairie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant .

Fait à _____, le ____ / ____ / ____.

Signature des représentants légaux :