



Ville de Phalsbourg

DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE
Année scolaire 2021/2022

I - RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Le dossier de demande d'inscription doit comporter :

- a) La présente demande dûment remplie pour chaque enfant inscrit
- b) Une copie des pages « vaccinations » du carnet de santé de l'enfant
- c) Une copie de l'attestation d'assurance scolaire/extra-scolaire (ou Responsabilité Civile)
- d) Si non allocataire CAF = une copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition 2021 concernant les revenus de l'année 2020

II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom, prénom de l'enfant : Né(e) le

Ecole : Classe : Enseignant.....

Régime alimentaire : Repas normal

Sans viande Sans porc Sans poisson Sans oeufs

Sans produits laitiers Sans arachides Sans soja Autre (préciser)

Allergie : Autre :

L'enfant habite-t-il une commune extérieure à Phalsbourg ? oui non

Réservé au secrétariat

Pièces à fournir :

Avis d'imposition 2021 (si non CAF)
Photocopie vaccins
Attestation assurance
Certificat médical (si allergie)

Règlement :

Prélèvement
CESU

III - DEMANDE ET ENGAGEMENT (à remplir et à signer par le responsable légal)

J'ai l'honneur de demander en faveur de mon enfant
l'admission à l'accueil périscolaire et/ou au restaurant d'enfants de Phalsbourg :

1) Inscription annuelle régulière : (à partir du)

Accueil

Matin 07h15-08h30
Soir 16h15-18h30

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Midi

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mercredi

- Matin 07h15-09h00
 Matin 09h00-12h00
 Midi
 Après-midi 14h00-18h30

2) Inscriptions irrégulières et occasionnelles :

Veuillez remplir une fiche hebdomadaire ou mensuelle (disponible au bureau de l'Accueil Périscolaire)

Je m'engage :

- à honorer le montant de la facture mensuelle à l'échéance prévue.
- à prévenir par écrit en temps utile l'Accueil Périscolaire si mon enfant devait cesser de fréquenter l'activité à laquelle il est inscrit.

Je n'autorise sous aucun prétexte mon enfant à quitter le centre pendant les heures de fonctionnement, sauf en cas de situation particulière (soutien scolaire, activités sportives, ...)

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités périscolaires : OUI NON

Si NON, nom(s) de la (ou des) personne(s) susceptible(s) de venir chercher mon enfant :

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° téléphone

Nota : les enfants d'âge de classe maternelle doivent obligatoirement être récupérés par les parents ou personnes nommément autorisées.

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extra scolaire.

Nom et adresse de l'assureur :

Recommandations particulières :

IV - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE DE L'ENFANT

Responsable légal(e) de l'enfant :

S'il y a plusieurs enfants concernés, ne remplir ce cadre qu'une fois.

Le père, le beau-père ou le tuteur : (rayer les mentions inutiles) NOM (en lettres majuscules)	La mère, la belle-mère ou la tutrice : (rayer les mentions inutiles) NOM (en lettres majuscules)
Prénoms :	Prénoms : NOM de jeune fille :
Adresse : CP : Ville : Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail : E-mail :	Adresse : CP : Ville : Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail : E-mail :
Bénéficie-t-il de l'autorité parentale ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Bénéficie-t-elle de l'autorité parentale? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Profession :	Profession :
Travaille-t-il pour son compte oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Pour le compte d'un employeur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Préciser, dans ce cas, le nom et l'adresse de l'employeur (indispensable) :	Travaille-t-elle pour son compte oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Pour le compte d'un employeur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Préciser, dans ce cas, le nom et l'adresse de l'employeur (indispensable) :
En recherche d'un emploi oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	En recherche d'un emploi oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
N° Sécurité Sociale père :	N° Sécurité Sociale mère :
Bénéficiaire du versement des prestations familiales par la CAF : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Bénéficiaire du versement des prestations familiales par la CAF : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
N°allocataire CAF :	N°allocataire CAF :

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter.
Je certifie sur l'honneur les renseignements donnés dans ce formulaire.

Fait à le

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
 PRÉCISEZ.

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BURFAU :

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.

Date :
 Signature :

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

VACCINS OBLIGATOIRES	non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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	VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ		SCARLATINE	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

