**DEMANDE D’INSCRIPTION**

**SCOLAIRE-PERISCOLAIRE POUR 2021/2022**

**TYPE D’INSCRIPTION : SCOLAIRE et/ou PERISCOLAIRE**

**Classe fréquentée par l’enfant à la rentrée prochaine 2021-2022:**

❒ MATERNELLE Pasteur ❒ Petite S ❒ Moyenne S ❒ Grande S

❒ ÉLÉMENTAIRE Pépinière ❒ CP ❒ CE1 ❒ CE2 ❒ CM1 ❒ CM2

AUTRE ETABLISSEMENT (nom et lieu) : …………………………………………………………….

CLASSE : ………………

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et Prénom de l’enfant :  (En majuscule) | |
| Date de naissance : | Lieu de naissance : |
| Responsable légal 1 (domicile de l’enfant) : père ❒ mère ❒ tuteur légal ❒ | |
| Nom : …………………………………………………Prénom(s) : …………………………………………............................  Adresse : …………………………………………………………..………………………………….........................................  …………………………………………………………..………………………………….........................................................  Date de naissance : ……………………………………Lieu de naissance : ……………………………………………………  Lien avec l’enfant : ………………………………………………………….………………………………….........................  🕿Domicile : ………………………… 🕻Portable :…………………………. 🕿Professionnel : …………………………….  Adresse courriel : …………………………………………………@..........................................................................................  Situation familiale : ❒ marié/pacsé ❒ vie maritale ❒ célibataire ❒ famille recomposée  ❒ divorcé ❒ séparé (joindre le document « attestation de séparation » et ordonnance du juge si nécessaire) ❒ veuf, veuve | |
| Responsable légal 2 (domicile de l’enfant) : père ❒ mère ❒ tuteur légal ❒ | |
| Nom : …………………………………………………Prénom(s) : …………………………………………............................  Adresse : …………………………………………………………..………………………………….........................................  …………………………………………………………..………………………………….........................................................  Date de naissance : ……………………………………Lieu de naissance : ……………………………………………………  Lien avec l’enfant : …………………………………………………………..………………………………….........................  🕿Domicile : …………………………. 🕻Portable :………………………….. 🕿Professionnel : …………………………..  Adresse courriel : …………………………………………………@..........................................................................................  Situation familiale : ❒ marié/pacsé ❒ vie maritale ❒ célibataire ❒ famille recomposée  ❒ divorcé ❒ séparé (joindre l’attestation de résidence et de mode de garde) ❒ veuf, veuve | |
| En cas de séparation et/ou divorce merci de préciser l’autorité parentale : ❒ conjointe ❒ à la mère ❒ au père  Le lieu de résidence principale : ❒ garde alternée ❒ chez la mère ❒ chez le père  *Merci de remplir le formulaire concernant le mode de garde se trouvant sur notre site internet* | |

|  |
| --- |
| **PAI : protocole d’accueil individualisé**  *Si votre enfant souffre d’une allergie alimentaire nécessitant une prescription médicale, merci de vous rapprocher du service. Ce document devra être signé et retourné avant la rentrée scolaire 2021-2022* |
| **Nouveaux arrivants :**  Pour les nouveaux arrivants, date d’arrivée à Bailly : …………………………………………………………  Nom et adresse de l’école où était scolarisé(e) votre enfant (fournir un certificat de radiation au directeur d’école)  …………………………………………………………..………………………………….........................................................  ………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

AUTORISATIONS

|  |
| --- |
| **Nom et prénom de l’enfant :** |
| **Ecole :** ❒ Ecole maternelle PASTEUR ❒ Ecole élémentaire La PEPINIERE |
| **Classe en 2020/2021 :** ❒PS ❒MS ❒GS ❒CP ❒CE1 ❒CE2 ❒CM1 ❒CM2 |

(Attestation valable sur l’année 2021-2022)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personnes MAJEURES autorisées à récupérer l’enfant** | | |
| NOM et PRENOM | Lien avec l’enfant | 🕿 Contact |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Personnes MINEURES autorisées à récupérer l’enfant** | | |
| NOM et PRENOM | Lien avec l’enfant | 🕿 Contact |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SORTIE de l’enfant sans accompagnement** | | |
| J’autorise mon enfant à sortir seul après les temps périscolaires sur les jours et activités suivantes : | | |
| **Accueil du soir** | **Mercredi** | **Vacances scolaires** |
| ❒ LUNDI |  | ❒ LUNDI |
| ❒ MARDI |  | ❒ MARDI |
|  | ❒ MERCREDI | ❒ MERCREDI |
| ❒ JEUDI |  | ❒ JEUDI |
| ❒ VENDREDI |  | ❒ VENDREDI |
| **ARRIVEE de l’enfant sans accompagnement** | | |
| J’autorise mon enfant à se rendre seul à l’accueil de loisirs le matin où il sera alors pris en charge par l’équipe d’animation : | | |
| **Accueil du soir** | **Mercredi** | **Vacances scolaires** |
| ❒ LUNDI |  | ❒ LUNDI |
| ❒ MARDI |  | ❒ MARDI |
|  | ❒ MERCREDI | ❒ MERCREDI |
| ❒ JEUDI |  | ❒ JEUDI |
| ❒ VENDREDI |  | ❒ VENDREDI |

|  |
| --- |
| **Attestation sur l’honneur** |
| Je soussigné(e) : …………………………………………………………………………………… , représentant légal de l’enfant |
| **Signature(s) des deux parents :**  Fait à ……………………………...  Le : ………/…………/…………………. |

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

à renouveler chaque année

|  |
| --- |
| IDENTITE DE L’ENFANT |
| NOM DE L’ENFANT : …………………………… PRENOM : ……………………………  Date de naissance : ………../……….../…………… Sexe : Fille ❑ Garçon ❑  Ecole : ❑ Maternelle ❑ Elémentaire PHOTO  Niveau scolaire en 2021-2022 : ❒PS ❒MS ❒GS ❒CP ❒CE1 ❒CE2 ❒CM1 ❒CM2  Votre enfant est-il suivi par un Assistant de Vie Scolaire ? oui ❑ non ❑  Nom du médecin traitant et coordonnées : …………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| IDENTITE DE LA FAMILLE |
| Nom du père : …………………………………...Prénom : ………………………………………………  Adresse : ………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………..............  🖀Domicile : ……………………………………🕻Portable : …………………………………………… |
| Nom de la mère : ……………………………… Prénom : ……………………………………………..  Adresse : …………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………............  🖀Domicile : ……………………………………🕻Portable : ………………………………………….. |

|  |
| --- |
| En cas de séparation et/ou divorce merci de préciser l’autorité parentale : ❒ conjointe ❒ à la mère ❒ au père  Le lieu de résidence principale : ❒ garde alternée ❒ chez la mère ❒ chez le père |
| Famille recomposées, indiquer ci-dessous, le nom du conjoint : ❒ apparait sur le foyer ❒ n’apparait pas au sein du foyer (contact)  Nom : …………………………………………………Prénom(s) : …………………………………………............................  🕿Domicile : …………………………. 🕻Portable :………………………….. 🕿Professionnel : …………………………..  Adresse courriel : …………………………………………………@.......................................................................................... |

|  |
| --- |
| Nom de l’assurance scolaire et périscolaire : ………………………………………………….............  Numéro d’assuré : …………………………………………………………………………………….... |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personnes à prévenir en cas d’urgence autre que les parents :** | | | |
| **Nom :** | **Prénom :** | **Lien avec l’enfant :** | **🕿Contact** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Renseignements médicaux concernant l’enfant**

##### ***Vaccinations***: la partie vaccination est à compléter **uniquement par les nouveaux arrivants et par les familles d’enfant entrant en PS et en CP/CE1.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **oui** | **non** | **Dates des derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Dates** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole Oreillons Rougeole |  |
| Poliomyélite ou DT Polio |  |  |  | Coqueluche |  |
|  |  |  |  | BCG |  |
|  |  |  |  | Autres (préciser) |  |

*Prière de joindre la photocopie du carnet de vaccinations ou joindre une attestation à jour du médecin traitant.*

*En cas de renouvellement d’un vaccin merci de transmettre le nouveau document.*

***Renseignements médicaux :***

**L’enfant suit-il un traitement médical ?** oui ❑ non ❑

Si oui, joindre l’ordonnance récente et les médicaments correspondants (*aucun médicament ne sera donné sans ordonnance, la boîte de médicaments doit être dans son emballage d’origine marquée au nom de l’enfant avec la notice)*

❑ J’autorise l’équipe d’animation de l’enfant à lui donner son médicament (si ordonnance du médecin ou protocole de soins et que les instructions soient transmises par écrit)

**L’enfant fait-il l’objet d’un protocole d’accueil individualisé (PAI) ?** :

oui ❑ non ❑ Si oui, PAI valable jusqu’au : ……………………….

(Copie du PAI à remettre aux directeurs des accueils de loisirs)

**L’enfant a-t-il une allergie connue ? :** oui ❑ non ❑

❑ ASTHME ❑ ALIMENTAIRE ❑ MEDICAMENTEUSE ❑ AUTRES

*Précisez* ……………………………………………………………………………………………….

**Autres données médicales à signaler :** (maladie, accident, hospitalisation, crises, rééducation, intervention chirurgicale, etc.…) …………………………………………………………………………………………………………………

**L’enfant porte-t-il des lunettes ?** oui ❑ non ❑

**Régime alimentaire sans porc** : oui ❑ non ❑

**Autres recommandations ou informations** (sieste, doudou, tétine, rituels, appétit, propreté, etc. …) : ……………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **Attestation sur l’honneur** |
| Je soussigné(e) : …………………………………………………………………responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l’accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires y compris le transfert en milieu hospitalier. |
| **Signature(s) des deux parents :**  Fait à ……………………………...  Le : ………/…………/…………………. |