

**DOSSIER INSCRIPTION 2019/2020 : CANTINE - GARDERIE – ACCUEIL DE LOISIRS  
A REMETTRE IMPERATIVEMENT AVANT LE 05/07/2019 A LA COMMUNAUTE DE  
COMMUNES**

Structure concernée (1) : Brévonnes / Charmont / Luyères / Mesnil-Sellières / Onjon / Piney / Rouilly Sacey  
Cochez la/les prestation(s) susceptible(s) d'être fréquentée(s) :  CANTINE  PERISCOLAIRE  MERCREDI

**1<sup>er</sup> Enfant :**  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de Naissance : ..... Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Ecole fréquentée en **septembre 2019** ..... CLASSE : .....

**2<sup>ème</sup> Enfant :**  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de Naissance : ..... Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Ecole fréquentée en **septembre 2019** ..... CLASSE : .....

**3<sup>ème</sup> Enfant :**  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de Naissance : ..... Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Ecole fréquentée en **septembre 2019** ..... CLASSE : .....

**\*R1** Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : ..... N° téléphone fixe : .....  
 N° Téléphone Portable : ..... Email (en majuscule) : .....  
 Je souhaite que l'on me transmette toutes les informations et documents de la façon suivante :  
 Par mail à l'adresse indiquée ci-dessus  Par l'intermédiaire de l'école  
 Nom et adresse de L'employeur : .....  
 Code Postal : ..... Ville : ..... N° téléphone : .....

**Afin d'appliquer les tarifs modulés, indiquez OBLIGATOIREMENT, de quel régime vous dépendez :**  
**CAF :**  **MSA :**  **Autre :**  **Précisez votre N° allocataire :** .....

**\*R2 :** Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : ..... N° téléphone fixe : .....  
 N° Téléphone Portable : ..... Email (en majuscule) : .....  
 Je souhaite que l'on me transmette toutes les informations et documents de la façon suivante :  
 Par mail à l'adresse indiquée ci-dessus  Par l'intermédiaire de l'école  
 Nom et adresse de L'employeur : .....  
 Code Postal : ..... Ville : ..... N° téléphone : .....

Payeur :  R1 OU  R2  R3 Autre, précisez :

\*R : Responsable / (1) : rayer les mentions inutiles

Cadre réservé à l'administration  
 Reçu le : ..... Par : ..... Remis centre le : .....  
 Enregistré le : .....


**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
**2019/2020**  
**(Une fiche par enfant)**

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

**ENFANT :**
 NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ GARÇON :  FILLE : 

Conforme à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs.

**Joindre obligatoirement les pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccination, ou attestation d'un médecin.**

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :****ALLERGIES :**
 Alimentaires : OUI  NON  Si oui, lesquelles.....  
 PAI en place : OUI  NON  À PREVOIR   
 Médicamenteuses : OUI  NON  Si oui, lesquelles.....  
 Autres : .....

**DIABETE :** OUI  NON 
**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**
 Antécédents médicaux signalés par la famille : .....  
 Précautions particulières à prendre : .....  
 Maladies infantiles déjà contractées par l'enfant :  
 RUBEOLE  VARICELLE  SCARLATINE  COQUELUCHE  OREILLONS  ROUGEOLE  
 Votre enfant souffre-t-il souvent :  
 OTITES  ANGINES  ASTHME  AUTRES : .....  
 Conduite à tenir : .....  
 Nom du médecin traitant : .....N° de téléphone : .....  
 Adresse : .....Code postal : .....  
 Commune : .....

**En cas d'urgence :** Autorise  N'autorise pas  le responsable de l'accueil à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (Intervention chirurgicale, hospitalisation, traitement médical)

 Responsabilité civile individuelle : OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_ Nom de l'assurance : .....  
 N° de Police : 

 Observations et remarques : .....  
 .....

Fait à ..... Le..... Signature

## ANNEXE 1 : Autorisations diverses

### **1<sup>er</sup> Enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

### **2<sup>ème</sup> Enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

### **3<sup>ème</sup> Enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

### **4<sup>ème</sup> Enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

## AUTORISATIONS DIVERSES

J'autorise la Communauté de Communes à prendre mon enfant en photo, vidéo et pour diffusion sur site de la CDC et éventuellement à reproduire ces informations dans différentes publications, dans le cadre des activités de la Communauté de Communes. <sup>(1)</sup>

Oui Non

J'autorise mon enfant à repartir seul après l'accueil de loisirs (1)

Oui Non

(1) Rayer la mention inutile pour les deux lignes proposées

## TRANSPORT

J'autorise le personnel de la Communauté de communes à transporter mon enfant en voiture ou en minibus, supposant une assurance adaptée.

## PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (La présentation d'une carte d'identité est obligatoire)

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant : (Indiquez le nom, prénom, téléphone...)

1/ : .....

2/ : .....

3/ : .....

4/ : .....

## SORTIES EXCEPTIONNELLES ORGANISEES PAR L'ACCUEIL DE LOISIRS

J'autorise mon enfant à participer aux activités de l'accueil de loisirs, en intérieur et en extérieur

## REGLEMENT INTERIEUR

Je souhaite inscrire mon/mes enfant(s), annuellement ou mensuellement, et m'engage à informer la structure concernée, des jours de présence, par mail à l'adresse correspondante (CF Règlement intérieur).

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur sur le site internet [www.foretslacsterresenchampagne.fr](http://www.foretslacsterresenchampagne.fr) et avoir signé toutes les autorisations nécessaires.

Je déclare, autoriser le CDC à accéder au portail CAFPRO pour la détermination du Quotient Familial.

Toutes les informations des structures (horaires, fiches d'inscription, programmes...) sont également consultables sur notre site internet.

Date et signature du responsable légal (obligatoire)