

PIECES A JOINDRE obligatoirement

| DOCUMENTS | Date de retour | Suivi 1 | Suivi 2 | Suivi 3 |
|--|----------------|---------|---------|---------|
| Le certificat de radiation si l'enfant est déjà scolarisé | | | | |
| La fiche passerelle | Ancien Dpt : | | | |
| Le livret de famille | | | | |
| Le jugement des parents séparés ou divorcés | | | | |
| Le carnet de vaccination de l'enfant | | | | |
| Le certificat médical (datant de moins de 2 mois) | | | | |
| L'attestation d'assurance EXTRA et PERI-SCOLAIRE de l'enfant | Assurance : | | | |
| | N° contrat : | | | |
| | Validité : | | | |
| | | | | |
| Règlement intérieur | | | | |
| Attestation | | | | |
| L'attestation CAF hors département | | | | |
| 4 photos | | | | |

Nom :

Prénom :



Livret d'inscription

- Service Enfance

- Service Ecole

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Ecole et Accueil de loisirs

ENFANT NOM Prénom Date de naissance/...../.....

Adresse Lieu de naissance :

Code Postal Ville Sexe Garçon Fille

Situation familiale des parents : Mariés Concubinage Pacsé(es) Veuf/Veuve Séparés Célibataire

En cas de séparation ou absence d'autorité parentale : Fournir IMPERATIVEMENT la copie du jugement

Famille d'accueil : oui non

PERE

Autorité Parentale Oui Non

NOM Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Tel domicile

Tel mobile

Tel pro.

Email

Profession

MERE

Autorité Parentale Oui Non

NOM Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Tel domicile

Tel mobile

Tel pro.

Email

Profession

FRERES et SOEURS

Nom : Prénom : Date de Naissance :

Nom : Prénom : Date de Naissance :

Nom : Prénom : Date de Naissance :

Nom : Prénom : Date de Naissance :

Adresse de facturation Nom Adresse

Si Différente Prénom

REGIME : CAF Département (si hors département) MSA Attestation de situation à Fournir Autre

Autorisation CAF PRO N° allocataire : **(sans ce N° allocataire, le tarif le plus élevé sera appliqué)**

PERSONNES AUTORISEES à venir chercher l'enfant

Contacteur en cas d'urgence

Nom : Prénom : Tel : Parentée : Oui non

Port :

Nom : Prénom : Tel : Parentée : Oui non

Port :

Nom : Prénom : Tel : Parentée : Oui non

Port :

Nom : Prénom : Tel : Parentée : Oui non

Port :

Si besoin, ajouter les personnes supplémentaires sur feuille libre

L'enfant ne sera pas confié à une autre personne sans autorisation écrite de son responsable.
Toute personne inconnue des responsables des services devra présenter une pièce d'identité.

Les personnes venant chercher l'enfant doivent être majeures,

dans le cas contraire veuillez impérativement fournir l'attestation jointe.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

En cas d'accident ou de maladie, en fonction des soins nécessaires, le responsable de l'établissement ou l'agent de la Communauté de Communes du Pays de Trie, fera appel aux **POMPIERS (Tél : 18) et vous préviendra immédiatement.**

Médecin : Tél :

Centre Hospitalier :

Ce choix sera respecté sous réserve des nécessités d'urgence.

DATE RAPPEL VACCINS :

Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (**à compléter impérativement**) :

Vaccination tous les 5 ans :

Vaccination antituberculeuse : BCG

Vaccination les infections invasives à pneumocoque :

Vaccination contre Hépatite B :

Vaccinations associées contre la rougeole, les oreillons et la rubéole :

Autres (Préciser) :

Préciser si votre enfant présente une allergie ou tout autre trouble de la santé :

Cela donne t-il recours à un P.A.I. : Oui Non

Si oui, nous fournir la copie du P.A.I. et la trousse d'urgence, dès que possible, au nom et prénom de l'enfant.

ATTENTION : AUCUN MEDICAMENT NE SERA DONNE SANS P.A.I..

Pour l'Accueil de Loisirs, se conférer au Règlement Intérieur Enfance ci-joint.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) **Nom** **Prénom**

déclare sur l'honneur exercer l'autorité parentale sur le mineur

Nom **Prénom**

• autorise le Responsable de l'établissement et le Personnel de la Communauté de Communes du Pays de Trie, à prendre toutes les mesures nécessaires pour l'admission en établissement de soins et tout examen, soin ou intervention chirurgicale :

OUI NON

• je m'engage à payer les éventuels frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels :

OUI NON

• autorise mon enfant à quitter seul **l'accueil de loisirs** à l'heure de fermeture

Si le départ de l'enfant est souhaité avant l'heure de fermeture, joindre une autorisation de sortie indiquant l'heure précis (Ne concernant que les enfants de l'élémentaire)

OUI NON

• autorise mon enfant à quitter seul **l'accueil du soir** à l'heure de fermeture

Si le départ de l'enfant est souhaité avant l'heure de fermeture, joindre une autorisation de sortie indiquant l'heure précis (Ne concernant que les enfants de l'élémentaire)

OUI NON

• autorise à prendre des photos de mon enfant qui seront utilisées pour des supports photos ou vidéos afin de créer des maquettes d'information, les articles de presses locales, les bulletins communautaires, les affiches, etc....

OUI NON

• autorise à utiliser des photos sur le site officiel de la CCPT : www.paysdetricie.fr

En signant cette fiche, vous déclarez avoir pris connaissance des réglementations intérieures (Service Ecole et Service Enfance) et attestez l'exactitude des informations transmises et acceptez également l'informatisation de ces données.

DATE/...../.....

SIGNATURE :



Voir au dos la liste des pièces à fournir pour inscription