

**FICHE D'INSCRIPTION**  
**RESTAURATION SCOLAIRE – ACTIVITES**  
**PERISCOLAIRES**  
**1 dossier par enfant**

Nom(s) et prénom(s) de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Lieu de Naissance : .....

Ecole : ..... Classe : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone domicile : .....

**SITUATION ACTUELLE DES PARENTS :**

Mariés  PACS  Divorcés  Séparés  Vie maritale

En cas de divorce ou séparation : Quel parent a la garde de l'enfant ?

Mère

Père

**PERE** NOM : .....

Prénom : .....

Né le : ..... à .....

Téléphone portable : .....

Mail : .....

Nom employeur : .....

Adresse employeur : .....

Téléphone employeur : .....

**MERE** NOM : .....

Prénom : .....

Né le : ..... à .....

Téléphone portable : .....

Mail : .....

Nom employeur : .....

Adresse employeur : .....

Téléphone employeur : .....

**OBLIGATOIRE** N° Allocataire C.A.F : .....

Autre régime : n° d'allocataire (MSA) : .....

**Présence de l'enfant :**

Planning régulier (merci de compléter la semaine type de fréquentation hebdomadaire).

**RESTAURATION SCOLAIRE**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<b><i>Cocher les jours de présence</i></b>					

Planning irrégulier, je m'engage à donner un planning au plus tard le jeudi midi de la semaine précédente pour la semaine suivante.

Repas occasionnel (sous réserve d'avoir inscrit mon enfant avant le jeudi midi de la semaine précédente).

**Types de menus :**

Tous aliments

Sans viande

Sans porc

**Pour les enfants présentant une allergie alimentaire :**

Projet d'accompagnement individualisé en cours (PAI)

**EN CAS D'URGENCE**

Qui contacter en cas d'urgence ?

Mr ou Mme .....

Tél : .....

Nom de la compagnie d'assurance (responsabilité civile) : .....

N° du contrat assurant l'enfant : .....

Fait à ....., le .....

Signature des parents  
ou représentants légaux

**MODE DE FACTURATION**

**A quel nom et adresse doit-on adresser la facture :** .....

Mère

Père

Représentant légal

En cas de garde alternée, préciser les 2 adresses de facturation :

.....  
.....

**Mode de paiement :**

Paiement au Centre des Finances Publiques 8 rue du 15 Septembre 1944 – 54320 MAXEVILLE, soit :

- Paiement par chèque à l'ordre du « Trésor Public » veuillez joindre le talon détachable à votre chèque, sans le coller ni l'agrafer.
- Par règlement en numéraire ou tickets CESU à la caisse du centre des finances publiques à Maxéville, chargée du recouvrement : veuillez rapporter dans ce cas le présent avis en venant payer, un reçu vous sera remis.
- Paiement en ligne par carte bancaire via le portail familles
- Paiement par prélèvement automatique (joindre un RIB au présent dossier).

Je soussigné(e), M .....

Parent(s) de l'enfant : .....

**Autorise**

- La diffusion publique, par la Communauté de Communes de Pompey, des photographies et films contenant des images de mon enfant.

oui

non

- Autorise le(s) personne(s) majeure(s), dénommée(s) ci-après, à déposer ou à reprendre mon enfant

NOM - PRENOM	LIEN AVEC MON ENFANT	TELEPHONE

- Autorise mon enfant (Nom, Prénom).....
- A quitter seul les services péri-scolaires (uniquement pour les enfants des écoles élémentaires sur décharge écrite
- A rentrer seul à la fin des différentes activités

Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement joint à ce dossier et l'accepte..

Fait à ....., le .....

Signature des parents  
ou représentants légaux

**PIECES ADMINISTRATIVES A JOINDRE AU DOSSIER**

- Fiche d'inscription complétée et signée
- Avis d'imposition N-1 ou non-imposition du foyer fiscal
- Photocopie de l'attestation d'assurance (responsabilité civile)
- Justificatif de domicile (de moins de 3 mois)
- En cas de séparation des parents, joindre la photocopie de la décision de justice fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale et d'hébergement ainsi que la copie du livret de famille (père, mère, enfants)
- N° d'allocataire CAF ou autre régime d'allocataire (MSA) ou copie de la carte
- Fiche sanitaire de liaison (Cerfa n°10008\*02) jointe au dossier, signée
- RIB si prélèvement automatique
- Mandat de prélèvement SEPA

**Tout changement de coordonnées téléphoniques ou de domicile est à signaler dans les plus brefs délais, si possible directement sur le portail familles**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

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

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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

**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)**

---



---

### 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.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?       NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON       OUI

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

---

### A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

---

---

#### OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---