



Services Péricolaires Année scolaire 2022-2023

IDENTITE DE L'ENFANT A INSCRIRE

NOM Prénom enfant	Date naissance	École	Classe	Sexe

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

NOM :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Profession :

Tél. professionnel :

Mail :@.....

NOM :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Profession :

Tél. professionnel :

Mail :@.....

Toute modification de vos coordonnées (adresse, téléphone, mail) devra être signalée en Mairie.

Situation familiale : célibataire en concubinage pacsé(e) marié(e) veuf(ve) divorcé(e)

Régime Assurance Maladie : CPAM MSA Autres (à préciser).....

Numéro d'allocataire CAF : *En nous indiquant votre numéro d'allocataire, vous acceptez que la mairie consulte votre quotient familial sur l'application CAF Pro si vous êtes affilié(e) à la CAF de Loire-Atlantique. Cependant, si vous n'êtes pas allocataire CAF, merci de nous fournir votre attestation où est inscrit votre quotient familial.*

FACTURATION

En paiement par : chèque ou prélèvement automatique ou par carte bancaire à l'adresse : <https://www.saint-aubin-des-chateaux.fr/paiement-en-ligne/>
merci de **joindre un IBAN** et le mandat autorisant le prélèvement **complétée et signée.**

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM :

Prénom :

Tél Portable :

Tél. domicile :

NOM :

Prénom :

Tél Portable :

Tél. domicile :

CAS PARTICULIERS

L'enfant réside :
 en famille d'accueil chez : Nom-Prénom.....
 Adresse Tél. portable :

Si l'enfant est susceptible d'utiliser un des services cantine et ou périscolaire :

*La réservation sera alors à effectuer sur **monespacefamille.fr**. Vous recevrez un lien pour créer votre compte une fois le dossier validé par le service à l'enfance.*

INSCRIPTIONS A L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

Pour les réservations régulières il est fortement conseillé d'effectuer une inscription à la période.

Nous demandons aux parents de faire les réservations prévisionnelles avant le démarrage des périodes de vacances scolaires afin de permettre au service d'anticiper sur les animations et prévoir l'encadrement nécessaire.

Les réservations s'effectuent obligatoirement via le portail « Mon espace famille », <https://pl.jvsonline.fr/EspaceFamille/>.

Les réservations s'effectuent à la période selon le calendrier suivant :

	Dates des périodes de réservations	Dates d'ouverture des réservations
1 ^{ère} période	Du 1 septembre 2022 au 21 octobre 2022	Réservations ouvertes à partir du : lundi 11 juillet 2022
2 ^{ème} période	Du 7 novembre 2022 au 16 décembre 2022	Réservations ouvertes à partir du samedi 8 octobre 2022
3 ^{ème} période	Du 3 janvier 2023 au 11 février 2023	Réservations ouvertes à partir du samedi 3 décembre 2022
4 ^{ème} période	Du 27 février 2023 au 14 avril 2023	Réservations ouvertes à partir du 30 janvier 2023
5 ^{ème} période	Du 2 mai 2023 au 7 juillet 2023	Réservations ouvertes à partir du samedi 1 ^{er} avril 2023

INSCRIPTIONS AU RESTAURANT SCOLAIRE

La fréquentation du service s'effectue sur réservation préalable.

Les réservations, annulations, modifications s'effectuent obligatoirement via le portail « Mon Espace Famille »

<https://pl.jvsonline.fr/EspaceFamille/>

Aucune réservation ne sera effectuée par le secrétariat de la mairie.

L'inscription peut s'effectuer à l'année sur des jours fixes (1 ou plusieurs).

L'inscription peut également se faire de manière occasionnelle, au plus tard le jour de classe précédant avant 14h (pour le jeudi, l'inscription doit s'effectuer au plus tard le mardi précédent à 14h) par le biais du portail.

DOCUMENTS A FOURNIR AVEC LE DOSSIER

- Si vous n'êtes pas allocataire CAF, merci de nous joindre un justificatif de votre Quotient Familial
- Une Attestation d'assurance Scolaire 2022-2023
- Un IBAN et le mandat autorisant le prélèvement **complétée et signée.**
- Fiche à compléter pour la 1^{ère} inscription ou à vérifier si votre enfant fréquente déjà les services à l'enfance.
- **Coupon de votre engagement de respecter les règlements intérieurs pour le restaurant scolaire ainsi que celui de l'accueil périscolaire**

AUTORISATIONS PARENTALES

- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de l'accueil périscolaire OUI NON
- J'autorise les prises de vue et l'utilisation des images de mon enfant OUI NON
- J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale pour mon enfant OUI NON

Coordonnées du médecin traitant de l'enfant : DR.....Tél.....
Adresse : Code Postale :

ENGAGEMENT DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant
.....certifie exact les renseignements portés sur ce dossier d'inscription .

Responsable légal 1 Fait à Le Signature précédée de la mention « lu et approuvé »	Responsable légal 2 Fait à Le Signature précédée de la mention « lu et approuvé »
---	---

SERVICES PÉRISCOLAIRES DE SAINT-AUBIN DES CHATEAUX
Année scolaire 2022-2023

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT ;

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RE-COMMANDÉS	DATES
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Haemophilus influenzae b*		Neisvac	
Hépatite B		BCG	
Méningocoque C			
Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Pneumocoque			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

2– RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 et sans P.A.I.

ALLERGIES et P.A.I.

SI VOTRE ENFANT PRÉSENTE UNE ALLERGIE, NOUS L'ACCUEILLERONS UNIQUEMENT SI UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ EST MIS EN PLACE ENTRE UN MEDECIN, LA FAMILLE ET LES STRUCTURES D'ACCUEIL. CETTE PROCÉDURE PRÉCISE LES RISQUES, LES MÉDICAMENTS, LES DOSES, LES TEMPS D'ADMINISTRATION, AINSI QUE L'ENSEMBLE DES MANIPULATIONS A SUIVRE POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ETRE DE VOTRE ENFANT

ALLERGIES ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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 A PRENDRE.

.....
.....
.....

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<p>RUBÉOLE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>VARICELLE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>ANGINE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>SCARLATINE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>
<p>COQUELUCHE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>OTITE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>ROUGEOLE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>OREILLONS</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

.....

4 – REGIMES ALIMENTAIRES

AFIN DE RESPECTER VOS DIFFERENCES DE REGIMES ALIMENTAIRES, VEUILLEZ NOUS PRECISER SI VOTRE ENFANT CONSOMMERA DES REPAS :

- SANS PORC VÉGÉTARIEN

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :