



Services Péri-scolaires

Année scolaire 2024-2025

IDENTITE DE L'ENFANT A INSCRIRE

<u>NOM Prénom enfant</u>	<u>Date naissance</u>	<u>École</u>	<u>Classe</u>	<u>Sexe</u>

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 :

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.

Les réservations s'effectuent obligatoirement via le portail « Mon espace famille », <https://pl.jvsonline.fr/EspaceFamille/>. Comme stipulé dans le règlement intérieur du restaurant scolaire et le règlement intérieur de l'accueil périscolaire joint.

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 2023-2024 « obligatoire pour fréquenter les services à l'enfance »
- Un RIB et le mandat autorisant le prélèvement **complétée et signée.**
- Fiche à compléter pour la 1^{ère} inscription
- **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 | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| J'autorise les prises de vue et l'utilisation des images de mon enfant | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale pour mon enfant | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |

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

ENGAGEMENT DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Engagement des représentants légaux

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfantcertifie exact les renseignements portés sur cette fiche et sur le dossier d'inscription et avoir pris connaissance et accepté les deux règlements intérieurs des services à l'enfance (restaurant scolaire et accueil périscolaire).

Responsable légal 1

Fait à , le

Responsable légal 2

Fait à , le

Signature précédée de la mention
« lu et approuvé »

Signature précédée de la mention
« lu et approuvé »

SERVICES PÉRISCOLAIRES DE SAINT-AUBIN DES CHATEAUX
Année scolaire 2023-2024

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
Diphthérie, 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 / maladies

Si l'état de santé de votre enfant nécessite des soins ou des précautions spécifiques au quotidien, vous devez solliciter la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) auprès de votre médecin traitant ou du médecin scolaire. Le PAI est à renouveler à chaque changement de traitement.

Les services à l'enfance sont distincts de l'école : le PAI doit être en double exemplaires et déposé à la mairie et à l'école. Renseignements au secrétariat de la mairie.

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) Oui, merci de préciser :

Non

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 ?

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

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 :