

**FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION
PERISCOLAIRE
ET
EXTRASCOLAIRE**



Valable pour l'année 2018-2019



Ce dossier unique de demande d'inscription vous permet d'inscrire votre (vos) enfant(s) en une seule fois :

- ~ Aux services périscolaires du matin, du midi et du soir,
- ~ Au Restaurant Scolaire,
- ~ A l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement,
- ~ Aux Activités « N.A.P. » (Nouvelles Activités Périscolaires) du P.E.D.T (Projet Educatif De Territoire),
- ~ Au Pass'sports,
- ~ Au Pass'sports Vacances.

ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____ Ecole : _____
Classe : _____
Sexe : Féminin Masculin

PERE

NOM : _____ Prénom : _____
 (Mail) _____ ☎ (Bureau) _____ ☎ (Portable) _____
Adresse : _____
Situation familiale : Marié Pacsé Vie maritale Divorcé Séparé Veuf Célibataire
Profession : _____
Employeur : _____

MERE

NOM : _____ Prénom : _____
 (Mail) _____ ☎ (Bureau) _____ ☎ (Portable) _____
Adresse : _____
Profession : _____
Situation familiale : Marié Pacsé Vie maritale Divorcé Séparé Veuf Célibataire
Employeur : _____

ADMINISTRATIF

- N° d'allocataire _____
- N° de Sécurité Sociale _____
- J'autorise la ville de Poisy à consulter mon dossier CAF PRO : Oui Non
- J'autorise le personnel communal à photographier, à filmer pour une utilisation d'information dans les journaux locaux et sur le site internet de la mairie Oui Non

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

- NOM : _____ Prénom : _____ Tél : _____ Parenté : _____
- NOM : _____ Prénom : _____ Tél : _____ Parenté : _____
- NOM : _____ Prénom : _____ Tél : _____ Parenté : _____
- NOM : _____ Prénom : _____ Tél : _____ Parenté : _____

J'autorise mon enfant à partir seul après les différents dispositifs d'accueils Oui Non

INFORMATIONS SANITAIRES

■ VACCINATIONS :

DT POLIO : Date de rappel : _____ / _____ / _____ (Joindre la photocopie de la page de vaccination du carnet de santé),

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

■ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? Oui Non

Si oui, lequel ?

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

- | | | |
|---|--|---|
| - RUBEOLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - RHUMATISME : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - OTITE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - VARICELLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - SCARLATINE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - ROUGEOLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - ANGINE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - COQUELUCHE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - OREILLONS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

■ P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) :

L'enfant fait-il l'objet d'un P.A.I. dans le cadre scolaire ? Oui Non

Si oui lequel ? :

Indiquez, ci-après :

Les **difficultés de santé** (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation) en précisant **les précautions à prendre** :

Régime particulier : SANS PORC

■ ALLERGIES :

- | | |
|--|---|
| - ASTHME : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - MEDICAMENTEUSES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - ALIMENTAIRES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - AUTRES : |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (A renseigner obligatoirement)

- Votre enfant porte-t-il des lentilles : Oui Non
- Des lunettes : Oui Non
- Des prothèses auditives : Oui Non
- Des prothèses ou appareil dentaire : Oui Non
- Autres, précisez :
- Sait nager : Oui Non (Attestation d'aisance aquatique ou brevet de 25 mètres à fournir pour les activités spécifiques)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service « Régie » et les écoles de tout changement éventuel (adresse, téléphone, problème de santé, situation familiale ...).

Reconnais également avoir pris connaissance des règlements intérieurs relatifs aux différents dispositifs communaux consultable en ligne sur le site www.poisly.fr conforme à la délibération du conseil municipal, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie de Poisy au service « Régie ».

Signature :