

# INSCRIPTIONS SCOLAIRES ET ACCUEILS DE LOISIRS 2023/2024



ÉCOLE MATERNELLE

Hastings



ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE

Colleville



ACCUEILS

Tennesses

## DOSSIER D'INSCRIPTION

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

Classe : .....

### Éléments à fournir



- ☐ Attestation de quotient familial CAF
- ☐ Justificatif de domicile (de moins de 3 mois)
- ☐ Attestation d'assurance extrascolaire
- ☐ Livret de famille
- ☐ Carnet de santé

# FICHE PARENTALE

## Responsable légal 1

Autorité parentale ☐ oui ☐ non

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur Date de naissance : .....

☐ Marié · e ☐ Union Libre ☐ Pacsé · e ☐ Veuf · ve ☐ Divorcé · e ☐ Séparé · e ☐ Célibataire

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

Courriel : ..... @ .....

N° Allocataire CAF : .....

## Conjoint · e (si différent du responsable légal 2)

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

## Responsable légal 2

Autorité parentale ☐ oui ☐ non

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur Date de naissance : .....

☐ Marié · e ☐ Union Libre ☐ Pacsé · e ☐ Veuf · ve ☐ Divorcé · e ☐ Séparé · e ☐ Célibataire

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

Courriel : ..... @ .....

N° Allocataire CAF : .....

## Conjoint · e (si différent du responsable légal 1)

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

# LES AUTORISATIONS PARENTALES

NOM : ..... Prénom : ..... Classe : .....

## Transport

Nous autorisons la commune de Dives-sur-Mer à transporter notre enfant dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires, par l'équipe d'encadrement et par les moyens collectifs (car, minibus ...) :

☐ OUI

☐ NON

## Droit à l'image

Nous autorisons notre enfant à être filmé ou photographié pour une utilisation comme support de communication (site Internet, page Facebook de la ville, Bulletin Municipal, presse écrite...) :

Temps scolaire

☐ OUI

☐ NON

Temps périscolaire

☐ OUI

☐ NON

## Consultation CDAP

Nous autorisons le service chargé de l'inscription à consulter notre quotient familial sur l'accès CDAP (Consultation des Dossiers par les Partenaires) de la CAF :

☐ OUI

☐ NON

Fait le : ...../...../.....

Signatures des responsables légaux :

# FICHE CONTACT

NOM : ..... Prénom : ..... Classe : .....

Veuillez indiquer ci-dessous **les personnes majeures** habilitées à venir chercher l'enfant et à être prévenues en cas d'urgence (les responsables légaux ne doivent pas être mentionnés ici).

## Personne 1

Civilité : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

## Personne 2

Civilité : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

## Personne 3

Civilité : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

## Personne 4

Civilité : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

Veuillez indiquer ci-dessous **les personnes mineures** autorisées par les responsables légaux à venir chercher l'enfant à la sortie des services périscolaires et extrascolaires .

## Personne 1

Civilité : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

## Personne 2

Civilité : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

## ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024

Fiche d'inscription annuelle ou occasionnelle  
Restaurant scolaire et accueils périscolaires

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

*Année Les Tillents – le mercredi (de septembre 2023 à juillet 2024)*

Inscription : ☐ OUI ☐ NON Si oui, pensez à confirmer vos réservation.

*Accueil périscolaire du matin*

Toute l'année ☐ : Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ à partir du : ...../...../.....

☐ occasionnellement

*Accueil restauration scolaire du midi*

Toute l'année ☐ : Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ à partir du : ...../...../.....

☐ occasionnellement

*Régimes spécifiques*

☒ Sans viande ☐

☒ Sans porc ☐

☐ P.A.I. ☐  
joindre une copie

*Accueil périscolaire du soir*

Toute l'année ☐ : Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ à partir du : ...../...../.....

☐ occasionnellement

NOM et Prénom du responsable légal signataire :

Date : ...../...../.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE :        M   ☐        F   ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie                 |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Tétanos                   |     |     |                            | Haemophilus                |       |
| Poliomyélite              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
|                           |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
|                           |     |     |                            | Pneumocoque                |       |
|                           |     |     |                            | BCG                        |       |
|                           |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES                    ☐ oui   ☐ non  
MEDICAMENTEUSES                    ☐ oui   ☐ non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :   ☐ oui   ☐ non  
Précisez : .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser   ☐ oui   ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL PORTABLE : .....

PRÉNOM : .....

TEL TRAVAIL : .....

Responsable N°2 : NOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL PORTABLE : .....

PRÉNOM : .....

TEL TRAVAIL : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : .....  
Signature : .....