

INSCRIPTIONS SCOLAIRES ET ACCUEILS DE LOISIRS 2023/2024



ÉCOLE MATERNELLE

Hastings



ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE

Colleville



ACCUEILS

Tennesse

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

Arrivée/Départ Pour les préados (11 - 13 ans) uniquement

Nous autorisons notre enfant à :

Arriver et partir seul (mercredis et vacances scolaires) : OUI NON

Arriver seul en dehors du créneau 13 H 30 - 14 H (mercredis) : OUI NON

Partir seul avant 17 H (mercredis) : 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 :

Accueil 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
 MÉDICAMENTEUSES 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 :

PRÉNOM :

TEL DOMICILE :

TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM :

ADRESSE :

PRÉNOM :

TEL DOMICILE :

TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

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 :