

Nom et Prénom de l'enfant : _____ Sexe : F M

▶ Date de naissance : ____ / ____ / ____ ▶ Ecole : _____ ▶ Classe : _____

▶ Adresse de l'enfant : _____
Commune : _____

▶ Régime allocataire : CAF de _____ MSA de _____ Autres : _____

Numéro allocataire (Obligatoire) : _____ Montant du Q.F : _____

▶ N° de Sécurité Sociale : _____

> **COMPOSITION DU FOYER**

Responsable légal
 Mère Père Beau-père Belle mère Famille d'accueil autre : _____

Nom-Prénom : _____

Situation de famille : marié(e) vie maritale divorcé(e) séparé(e) célibataire concubin(e) veuf (ve)

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____

☎ Domicile : _____ ☎ Professionnel : _____ ☎ Portable : _____

Profession : _____ Adresse mail : _____

Responsable légal
 Mère Père Beau-père Belle mère Famille d'accueil autre : _____

Nom-Prénom : _____

Situation de famille : marié(e) vie maritale divorcé(e) séparé(e) célibataire concubin(e) veuf (ve)

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____

☎ Domicile : _____ ☎ Professionnel : _____ ☎ Portable : _____

Profession : _____ Adresse mail : _____

> **AUTORISATIONS**

Personnes autorisées ou interdites à récupérer mon enfant

Nom Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Autorisé e	Interdite
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **FICHE SANITAIRE**

VACCINATIONS : Une photocopie des vaccinations notées sur le carnet de santé devra être jointe au dossier. (Possibilité de la faire à l'accueil)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX : Aucun médicament ne sera administré, sauf dans le cadre d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) pour lequel le protocole médical sera appliqué suivant les instructions médicales, et uniquement dans ce cadre.

L'enfant a-t-il déjà eu les **MALADIES SUIVANTES** ?

RUBÉOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ SCARLATINE
 COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS

ALLERGIES : **ASTHME** oui non **MÉDICAMENTEUSES** oui non
ALIMENTAIRES oui non **AUTRES** : _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

Autorisation de soins :

Je soussigné(e), _____ responsable de l'enfant, autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Nom du médecin traitant : _____ ☎ : _____

Adresse : _____

En cas d'urgence, l'enfant est transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est avertie le plus rapidement possible par les ATSEM.

J'autorise la Mairie de Saint-Jean-en-Royans à utiliser mes données personnelles pour gérer les services : Restaurant Scolaire et Périscolaire. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé de la Mairie pour la gestion de l'accueil de votre enfant aux services précités (présences, facturation, courrier ...)

Elles sont conservées pendant toute la période nécessaire à la gestion administrative et financière.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le secrétariat de Mairie.

Documents à fournir OBLIGATOIREMENT :

- Attestation CAF Quotient Familial et Assurance Extra-scolaire (RC + Garantie Individuelle)
- Carnet de vaccinations

Fait à _____ Le ____ / ____ / ____

Nom et Prénom : _____ Signatures

COMMUNE DE SAINT JEAN EN ROYANS

Inscription JOURS FIXES au périscolaire MATIN 2020/2021
Uniquement auprès du secrétariat de Mairie 04.75.47.75.99

Je soussigné, nom et prénom du parent :

J'inscris mon enfant, nom et prénom :

- Soit à

L'année scolaire :

LUNDI Matin	MARDI Matin	JEUDI Matin	VENDREDI Matin

- Soit entre chaque vacance

Période scolaire : du au

LUNDI Matin	MARDI Matin	JEUDI Matin	VENDREDI Matin

Tranches	Coût Périscolaire Matin
De 0 à 359	0.30 €
De 360 à 564	0.50 €
De 565 à 700	0.70 €
De 701 à 800	0.85 €
De 801 à 900	1.05 €
De 951 à 1100	1.25 €
De 1101 à 1200	1.45 €
De 1251 à 1350	1.60 €
+ de 1350	1.60 €
Communes Extérieures	1.70 €

En cas de non-paiement dans les délais impartis :

- tout paiement non effectué à réception de facture entraînera la radiation de l'enfant du restaurant scolaire, jusqu'à apurement de la dette ;
- tout paiement non effectué au cours de l'année scolaire pourra entraîner le refus d'inscription l'année suivante.

Je reconnais avoir reçu ce jour, l'original de la présente.

Date : le
Signature Parent (OBLIGATOIRE) :