

DOSSIER D'INSCRIPTION AUX SERVICES RESTAURATION SCOLAIRE, PÉRISCOLAIRE, EXTRASCOLAIRE

PHOTO

Nom	Prénom	Né(e) le	À
Jacques Prévert ☐ ÉCOLE Notre Dame ☐ Hors commune ☐	Classe	Jour de présence cantine L ☐ M ☐ J ☐ V ☐ repas occasionnels ☐	
Jour de présence périscolaire Matin L ☐ M ☐ J ☐ V ☐ Soir L ☐ M ☐ J ☐ V ☐	Mercredi ☐ OUI / ☐ NON	Vacances ☐ Octobre ☐ février ☐ avril ☐ été	

Je soussigné(e), le responsable légal 1 agissant en accord avec la personne conjointement responsable de l'enfant.

Qualité du responsable : ☐ Mère ☐ Père ☐ Famille d'accueil	RESPONSABLE 1
Nom / Prénom :	
Adresse : Code postal : Ville	
Adresse Mail : (écrire lisiblement)	
Tél portable :	
Profession : Tél professionnel :	
Situation familiale : Marié ☐ Pacsé(e) ☐ Concubinage ☐ Célibataire ☐ séparé(e) ☐	
Garde alternée ☐ Si oui quelle semaine : paire ☐ impaire ☐ ou jour fixe de garde :	
N° allocataire (CAF/MSA) obligatoire : N° sécurité sociale :	
J'autorise la directrice à se connecter à CAF PRO afin de compléter mon quotient familial ☐ OUI / ☐ NON	
Responsable à facturer : ☐ OUI / ☐ NON	

Qualité du responsable : ☐ Mère ☐ Père ☐ Famille d'accueil	RESPONSABLE 2
Nom / Prénom :	
Adresse : Code postal : Ville	
Adresse Mail : (écrire lisiblement)	
Tél portable :	
Profession : Tél professionnel :	
Situation familiale : Marié ☐ Pacsé(e) ☐ Concubinage ☐ Célibataire ☐ séparé(e) ☐	
Garde alternée ☐ Si oui quelle semaine : paire ☐ impaire ☐ ou jour fixe de garde :	
N° allocataire (CAF/MSA) obligatoire : N° sécurité sociale :	
J'autorise la directrice à se connecter à CAF PRO afin de compléter mon quotient familial ☐ OUI / ☐ NON	
Responsable à facturer : ☐ OUI / ☐ NON	

Informations médicales

Médecin : Téléphone :

Mutuelle : ☐ OUI / ☐ NON **CMU :** ☐ OUI / ☐ NON (si oui joindre à l'inscription la photocopie de prise en charge)

Hôpital où vous souhaitez que votre enfant soit admis, si nécessaire :

Précisions sur les repas de restauration/Observations particulières :

☐ Repas sans porc ☐ Repas végétarien

DIFFICULTES DE SANTE :

L'enfant est-il allergique ? ☐ Alimentaire ☐ Asthme ☐ Médicamenteuse ☐ Autres

Les difficultés des santés de votre enfant nécessitent elles un PAI ? ☐ OUI / ☐ NON (le fournir impérativement)

Préciser la cause de l'allergie :

Appareillage :

☐ Lunettes ☐ Appareil dentaire ☐ Appareil auditif

Handicap :

Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) :

☐ OUI / ☐ NON

Vaccinations : Joindre la copie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant

DT POLIO ☐ OUI / ☐ NON Date du dernier rappel :

Si les vaccins obligatoires n'ont pas été effectués, joindre un certificat médical de contre-indication des vaccinations concernées. Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'accueil ? ☐ OUI / ☐ NON

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ OUI / ☐ NON	☐ OUI / ☐ NON	☐ OUI / ☐ NON	☐ OUI / ☐ NON	☐ OUI / ☐ NON
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
☐ OUI / ☐ NON	☐ OUI / ☐ NON	☐ OUI / ☐ NON	☐ OUI / ☐ NON	

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS UTILES ET SPECIFITES DE L'ENFANT : Précisez les autres informations que vous jugerez utiles de nous transmettre au sujet de l'enfant : port de lunettes ou lentilles, prothèses auditives ou dentaires, régime alimentaire, phobies etc.

Assurance responsabilité civile

Assureur :	
Numéro :	
Fournir l'attestation assurance	

Déplacement de l'enfant

Bus : ☐ OUI Autorisation de partir seul : ☐ OUI / ☐ NON		
Personne autorisée à récupérer l'enfant à la place des parents		
NOM-PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉLÉPHONE

ACCEPTATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES SERVICES ET DROIT A L'IMAGE/VOIX

Le présent document vaut inscription et acceptation du règlement intérieur.

Le père, la mère, le tuteur légal, soussigné :

☐ Autorisent l'utilisation des photos, vidéos, sons, dans le cadre des activités et à publier **sur des supports de communication écrits et/ou numériques officiels** de la commune de Cérences, et sur le compte de **Facebook** du centre de loisirs. Je peux à tout moment faire retirer les photographies de Facebook et du site internet, en adressant un courrier à la commune de Cérences.

☐ N'autorise pas la prise de photographie et leur diffusion.

Le règlement intérieur des services est consultable sur le site internet de la commune de Cérences : <https://www.cerences.fr/>

Il peut être imprimé et remis aux parents sur simple demande à l'Accueil Collectif de Mineurs (ACM)

La signature du présent document vaut acceptation du règlement intérieur. **Les parents/famille d'accueil s'engagent à communiquer tout changement de situation auprès de l'ACM.**

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant déclare avoir pris connaissance du présent règlement intérieur et l'accepter.

Fait à

	Date et Signature du responsable légal		Date et Signature du responsable légal	
Année Scolaire	Première inscription		Renouvellement*	
2025/2026	Le :		Le :	
2026/2027	Le :		Le :	
2027/2028	Le :		Le :	
2028/2029	Le :		Le :	

***pour le renouvellement : vérifier les informations avant de signer**