



Fiche d'inscription
Services périscolaires et extrascolaires (ALSH)
Année scolaire 2019/2020

| | | |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| L'ENFANT | <input type="checkbox"/> Fille | <input type="checkbox"/> Garçon |
| NOM : | Prénom : | |
| Date de naissance : | Ecole située à : Classe : | |

*A remettre à la communauté de communes (33 bis route du Crotoy – 80120 RUE)
ou par mail à : service.scolaire@ponthieu-marquenterre.fr*

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

| Parent 1 | Parent 2 |
|----------------------------|----------------------------|
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| Code postal | Code postal |
| Commune | Commune |
| Profession : | Profession : |
| Tél. domicile : | Tél. domicile : |
| Tél. portable : | Tél. portable : |
| Tél. travail : | Tél. travail : |
| Mail (obligatoire) : | Mail (obligatoire) : |

Préciser si garde alternée : oui non

Vous autorisez la Communauté de communes Ponthieu-Marquenterre à vous envoyer des informations par courriel (accueil de loisirs, grève, problème de transport...)

ADRESSE DE L'ENFANT (si différente des parents)

| | | |
|---|---------------------------------|--|
| Chez Monsieur / Madame : | | |
| <input type="checkbox"/> Famille (précisez) : | <input type="checkbox"/> Tuteur | <input type="checkbox"/> Famille d'accueil |
| Adresse : | | |
| Téléphone : | | |

PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

| | | |
|---|------------------------------|--|
| Monsieur / Madame : | | |
| <input type="checkbox"/> Famille (précisez) : | <input type="checkbox"/> Ami | <input type="checkbox"/> Assistant(e) maternel(le) |
| Adresse : | | |
| Téléphone : | | |

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A REPENDRE L'ENFANT (POUR LES -6 ANS)

| | | |
|---|------------------------------|--|
| 1-Monsieur / Madame : | | |
| <input type="checkbox"/> Famille (précisez) : | <input type="checkbox"/> Ami | <input type="checkbox"/> Assistant(e) maternel(le) |
| Adresse : | | |
| Téléphone : | | |

| | | |
|---|------------------------------|--|
| 2-Monsieur / Madame : | | |
| <input type="checkbox"/> Famille (précisez) : | <input type="checkbox"/> Ami | <input type="checkbox"/> Assistant(e) maternel(le) |
| Adresse : | | |
| Téléphone : | | |

ALLOCATIONS FAMILIALES (obligatoire)

N° d'Allocataire CAF :

N° d'Allocataire MSA :

Autres :

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Nom de la Caisse (à laquelle est rattachée l'enfant) :

Bénéficiaire :

N° de sécurité sociale :

ASSURANCE SCOLAIRE ET/OU EXTRASCOLAIRE - fournir l'attestation

Nom :

Téléphone :

N° du contrat :

Date d'échéance :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

1. Groupe Sanguin (si connu) :
2. Vaccins : (fournir les photocopies) :

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|-----------------------------|------------|------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

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

| | | | |
|------------|---|------------|---|
| Rubéole | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Coqueluche | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Varicelle | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Rougeole | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Oreillons | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Angine | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Scarlatine | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Otite | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

4. Allergies ou régime particulier (photocopies PAI)

Alimentaires Oui Non Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non
Autres :

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

.....

5. Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses dentaires, prothèses auditives, lentilles... ?

Oui Non Précisez :

6. Antécédents médicaux ou chirurgicaux : (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation rééducation...):

.....
.....

7. Informations utiles que vous souhaitez communiquer à la direction de l'accueil :

.....

8. Médecin traitant :

Nom : Téléphone :

TRANSPORT SCOLAIRE

L'inscription au service des transports scolaires est gérée par la Région Hauts de France.

Vous devez vous adresser au directeur de l'école pour obtenir le formulaire d'inscription.

Informations disponibles sur internet : <http://transports.hautsdefrance.fr/transport-scolaire/somme/>.

Lundi Matin Soir **Mardi** Matin Soir **Jeudi** Matin Soir **Vendredi** Matin Soir

Point de montée :

Point de descente :

Commune de montée :

Commune de descente :

Pour les moins de 6 ans : Personne autorisée à venir chercher l'enfant à la descente du car :

Mme/M..... Tel :

Sur le temps du midi, votre enfant (entourez la réponse adéquate) :

1- mange à la cantine 2 – est repris par vos soins 3 – autre (précisez) :.....

Je soussigné (e) responsable légal de l'enfant

- Déclare exacts les renseignements portés ci-dessus.
- Autorise les personnes habilitées de la Communauté de communes à consulter « CAF PRO » pour connaître la dernière valeur de mon Quotient Familial, sinon le tarif le plus élevé sera appliqué. (Uniquement pour les familles allocataires CAF).
- Atteste que l'enfant ne présente pas de contre-indication à la pratique d'un sport.
- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par l'équipe d'animation.
- Autorise mon enfant à emprunter les différents transports liés aux activités de l'accueil.
- Autorise l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre strict de l'accueil.
- Autorise l'équipe d'animation à exposer, diffuser ou publier l'image de mon enfant uniquement sur les supports de communication (papiers et numériques) de la Communauté de communes Ponthieu-Marquenterre.
- Autorise la direction à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale : mise en relation, transfert de l'enfant à l'hôpital d'urgence et délivrance de traitement sur ordonnance médicale le cas échéant.

Signature :

Précédée de la mention « lu et approuvé »



LES DOSSIERS D'INSCRIPTION INCOMPLETS NE SERONT PAS PRIS EN COMPTE

Documents à joindre obligatoirement au dossier :

- Photocopies des vaccins
- Attestation de quotient familial (CAF)
- L'attestation de responsabilité civile (scolaire et extra-scolaire)