

## Fiche d'inscription

### Services périscolaires et extrascolaires (ALSH)

<b>L'ENFANT</b>	<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 courriel à : [service.scolaire@ponthieu-marquenterre.fr](mailto:service.scolaire@ponthieu-marquenterre.fr)

### RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Parent 1
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
Code postal .....
Commune .....
Tél. domicile : .....
Tél. portable : .....
Courriel (obligatoire) : .....
.....

Parent 2
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
Code postal .....
Commune .....
Tél. domicile : .....
Tél. portable : .....
Courriel (obligatoire) : .....
.....

Préciser si il y a une garde alternée :  oui

non

Autorisez-vous la Communauté de communes Ponthieu-Marquenterre à vous envoyer des informations par courriel (accueil de loisirs, grève des enseignants, informations sur le transport...)  oui  non

### ADRESSE DE L'ENFANT (si différente des parents)

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

## PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Madame / Monsieur : .....

Famille (précisez) : .....  Ami  Assistant(e) maternel(le)

Adresse : .....

Téléphone : .....Téléphone portable : .....

## PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A REPENDRE L'ENFANT

1-Madame / Monsieur : .....

Famille (précisez) : .....  Ami  Assistant(e) maternel(le)

Adresse : .....

Téléphone : .....Téléphone portable : .....

2-Madame / Monsieur : .....

Famille (précisez) : .....  Ami  Assistant(e) maternel(le)

Adresse : .....

Téléphone : .....Téléphone portable : .....

## 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

*(Attention pour les ALSH ou séjours il faut obligatoirement une assurance extrascolaire)*

Nom :

Téléphone :

N° du contrat :

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>DATES DES DERNIERS RAPPELS</b>
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

*11 vaccins sont obligatoires chez les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018.  
3 vaccins restent obligatoires chez les enfants nés avant cette date.*

SI L'ENFANT N'A PAS BÉNÉFICIÉ DES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE 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 porter à la connaissance de la Communauté de communes :**

.....  
.....

**8. Médecin traitant :**

Nom : ..... Téléphone : .....

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 « CDAP » *Consultation du Dossier Allocataire par le Partenaire* (anciennement CAFPRO) 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'établissement hospitalier et délivrance de traitement sur ordonnance médicale le cas échéant.

**Signature** (Précédée de la mention « lu et approuvé »)

**Documents à joindre obligatoirement au dossier :**

- Photocopies de vaccins
- Attestation de quotient familial
- L'attestation de responsabilité civile, scolaire et extra-scolaire

**ATTENTION**

**LES DOSSIERS D'INSCRIPTION INCOMPLETS**

**NE SERONT PAS ACCEPTÉS**