

## TRANSPORT et CANTINE SCOLAIRE

Le service des transports scolaires est géré par la Région Hauts de France.

L'inscription est obligatoire. Vous pouvez vous inscrire en ligne à l'adresse suivante : <https://transports.hautsdefrance.fr/transport-scolaire/somme/inscription/>

Informations sur les horaires : <https://trans80.hautsdefrance.fr/transport-scolaire.html>

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)



Communauté de Communes  
**PONTHIEU-MARQUENTERRE**

## Fiche d'inscription Services périscolaires et extrascolaires (ALSH) Année scolaire 2020/2021

L'ENFANT  Fille  Garçon

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Ecole située à : ..... Classe : .....

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

Famille (précisez) : .....  Tuteur  Famille d'accueil

Adresse : .....

Téléphone : .....

**PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE**

Monsieur / Madame : .....

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

Adresse : .....

Téléphone : .....

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

1-Monsieur / Madame : .....

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

Adresse : .....

Téléphone : .....

2-Monsieur / Madame : .....

Famille (précisez) : .....  Ami  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**

- Groupe Sanguin (si connu) :
- Vaccins : (fournir les photocopies) :

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>DATES DES DERNIERS RAPPELS</b>	<b>VACCINS RECOMMANDÉS</b>	<b>DATES</b>
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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

- 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 |

- 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 :

.....

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

Oui  Non    Précisez : .....

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

.....  
.....

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

.....

- Médecin traitant :

Nom : ..... Téléphone : .....