

Ville de Gonfaron  
 Pôle Enfance  
**Service de Périscolaire et Cantine**



« LES PITCHOUNS VOLANTS »

☎ Régie 04.94.78.39.72

[regie.scolaire@gonfaron.fr](mailto:regie.scolaire@gonfaron.fr)

**FICHE D'INSCRIPTION RESTAURANT SCOLAIRE ET /OU PERISCOLAIRE**

École : élémentaire / maternelle

à retourner avant le 30 juin

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le... ..

à : .....

• Situation familiale : mariés  divorcés  en couple  séparés  veufs  autres

**Père**

**Mère**

résidence habituelle de l'enfant

résidence habituelle de l'enfant

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Téléphone du domicile : .....

Téléphone du domicile : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone portable : .....

Adresse courriel.....

Adresse courriel.....

Adresse professionnelle: .....

Adresse professionnelle: .....

Téléphone professionnel : .....

téléphone professionnel : .....

**Droit de garde :**

- libre accord ou  
 suivre le jugement / l'ordonnance de conciliation

**Droit de garde :**

- libre accord ou  
 suivre le jugement / l'ordonnance de conciliation

Mon enfant déjeunera au <b>restaurant scolaire</b> , entourez les jours de présence					
Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	

Mon enfant fréquentera l' <b>ALSH</b> le mercredi, entourez la formule souhaitée		
La journée entière	Seulement le matin (départ au plus tard 13h)	Seulement l'après midi (arrivée à partir de 11h45)

Mon enfant restera à la <b>garderie</b> , entourez les jours de présence (x)					
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Heure de départ le soir .....
Matin	x	x	x	x	
Soir	x	x	x	x	

N° de Sécurité Sociale dont dépend l'enfant : .....

N° de CAF : .....

Assurance de l'enfant..... N°de police : .....

**joindre obligatoirement une photocopie de l'attestation d'assurance pour l'année scolaire concernée.**

- Les personnes habilitées à récupérer votre enfant (indiquer leur NOM et PRENOM, leur numéro de téléphone).  
**L'équipe d'encadrement se réserve le droit de vérifier l'identité des personnes en demandant une pièce d'identité.**  
 Il est possible de nous fournir la copie des pièces d'identité de ces personnes (côté où est visible la photo et les noms/prénoms) afin de faciliter leur identification.

*Indiquer de préférence les coordonnées des personnes proches géographiquement.*

**Ces personnes peuvent être appelées par le service si aucune personne ne se présente pour prendre en charge votre enfant.**

Nom, Prénom	Qualité	Téléphone Mobile	Téléphone Fixe
M.....	.....	.....	.....
M.....	.....	.....	.....
M.....	.....	.....	.....
M.....	.....	.....	.....
M.....	.....	.....	.....
M.....	.....	.....	.....

**Conduite à tenir en cas d'accident :**

Je soussigné, NOM..... Prénom : .....

Autorise les services à faire intervenir les pompiers et à éventuellement faire transporter mon enfant ..... âgé de ...ans vers un service hospitalier afin d'effectuer les soins nécessaires et m'engage à régler tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

***RAPPEL : en cas d'accident hors du temps scolaire la responsabilité de la ville ne pourra être engagée qu'en cas de défaut de surveillance.***

**Signature du représentant légal** précédée de « lu et approuvé »

***Le dossier d'inscription complet et rempli dans sa totalité, doit être remis obligatoirement au bureau du régisseur – Pôle Enfance (et non aux enseignants) afin d'être pris en considération. La date limite est fixée au 30 juin .***

**Listes des pièces à fournir impérativement à l'inscription :**

- copie du jugement de divorce ou séparation et les décharges parentales de droit de garde + une lettre manuscrite en cas de libre accord pour justifier du droit de garde (signée par les deux parents).
- Autorisation du droit à l'image.
- attestation d'assurance extra-scolaire.
- fiche sanitaire de liaison (cerfa 10008\*02).
- Copie du carnet de vaccinations (tous les vaccins).
- **Pour la mère et/ou le père**
- certificat de travail de moins d'un mois accompagné d'une copie du CDD ou CDI.  
(les bulletins de salaires ne sont pas admis)
- extrait de Kbis de moins de 3 mois.
- Pour les exploitants agricoles et conjoints collaborateurs : attestation MSA.

**J'atteste par ma signature ci-dessous l'exactitude de ces renseignements et des justificatifs fournis. Je m'engage à transmettre tous changements concernant notre situation familiale et nos coordonnées.**

Père	Mère	Tuteur

**J'ai pris connaissance des règlements intérieurs du périscolaire et du restaurant scolaire. Je m'engage à les respecter.**

Père	Mère	Enfant Nom, Prénom	Tuteur

---

**Pour éviter une procédure d'exclusion temporaire de mon ou mes enfant(s), applicable par la municipalité à partir du deuxième mois d'absence de paiement, je m'engage à régler la facture du mois dès sa transmission par les services municipaux, et au plus tard avant le dernier jour du mois en cours.**

Père	Mère	Tuteur

**Fait à Gonfaron, Le.....**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

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 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

---



---



---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON  OCCASIONNELLEMENT  OUI 

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON  OUI 

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---

---

---

## Autorisation d'enregistrement de l'image/de la voix (personne mineure)

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre du projet spécifié ci-dessous, étant entendu que les objectifs de ce projet ont été préalablement expliqués aux élèves et à leurs responsables légaux.

### 1 Désignation du projet audiovisuel

Projet pédagogique concerné (désignation sommaire) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Titre de l'œuvre, si applicable : \_\_\_\_\_  
(provisoire ou définitif)

### 2 Modes d'exploitation envisagés

Support	Durée	Étendue de la diffusion	Prix
<input type="checkbox"/> En ligne	.....	<input type="checkbox"/> Internet (monde entier) <input type="checkbox"/> Extranet <input type="checkbox"/> Intranet Précisez le(s) site(s) : ..... .....	.....
<input type="checkbox"/> DVD	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Projection collective	.....	<input type="checkbox"/> Pour un usage collectif dans les classes des élèves enregistrés <input type="checkbox"/> Autres usages institutionnels à vocation éducative, de formation ou de recherche <input type="checkbox"/> Usages de communication externe de l'institution	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	.....		.....

### 3 Consentement de l'élève

On m'a expliqué et j'ai compris à quoi servait ce projet.

On m'a expliqué et j'ai compris qui pourrait voir cet enregistrement.

Et je suis d'accord pour que l'on enregistre, pour ce projet,  mon image     ma voix.

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom de l'élève : ..... Prénom : ..... Classe : .....	Date et signature de l'élève mineur concerné par l'enregistrement :
---	---



#### 4 Autorisation parentale

Vu le Code civil, en particulier son article 9, sur le respect de la vie privée,

Vu le Code de la propriété intellectuelle,

Vu le consentement préalablement exprimé par la personne mineure ci-avant,

La présente autorisation est soumise à votre signature, pour la fixation sur support audiovisuel et la publication de l'image et/ou de la voix de votre enfant mineur dont l'identité est donnée au paragraphe 3, ci-avant, dans le cadre du projet désigné au paragraphe 1 et pour les modes d'exploitation désignés au paragraphe 2.

Cet enregistrement de l'image/la voix du mineur que vous représentez sera réalisé sous l'autorité de (nom du producteur ou du bénéficiaire de l'autorisation/statut juridique/adresse) : \_\_\_\_\_

L'enregistrement aura lieu aux dates/moments et lieux indiqués ci-après.

Date(s) d'enregistrement : \_\_\_\_\_

Lieu(x) d'enregistrement : \_\_\_\_\_

Le producteur de l'œuvre audiovisuelle créée ou le bénéficiaire de l'enregistrement exercera l'intégralité des droits d'exploitation attachés à cette œuvre/cet enregistrement. L'œuvre/l'enregistrement demeurera sa propriété exclusive. Le producteur/le bénéficiaire de l'autorisation, s'interdit expressément de céder les présentes autorisations à un tiers.

Il s'interdit également de procéder à une exploitation illicite, ou non prévue ci-avant, de l'enregistrement de l'image et/ou de la voix du mineur susceptible de porter atteinte à sa dignité, sa réputation ou à sa vie privée et toute autre exploitation préjudiciable selon les lois et règlements en vigueur.

Dans le contexte pédagogique défini, l'enregistrement ne pourra donner lieu à aucune rémunération ou contrepartie sous quelque forme que ce soit. Cette acceptation expresse est définitive et exclut toute demande de rémunération ultérieure.

Je soussigné(e) (*prénom, nom*) .....

**déclare être le représentant légal du mineur désigné au paragraphe 3.**

Je reconnais être entièrement investi de mes droits civils à son égard. Je reconnais expressément que le mineur que je représente n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image et/ou de sa voix, voire de son nom.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus concernant le mineur que je représente et donne mon accord pour la fixation et l'utilisation de son image et/ou de sa voix, dans le cadre exclusif du projet exposé et tel qu'il y a consenti au paragraphe 3 :  OUI  NON

Fait en autant d'originaux que de signataires.

Fait à : .....	Signature du représentant légal du mineur :
Le (date) : .....	

Ville de Gonfaron  
Pôle Enfance

**Service Péri-scolaire et Cantine**

« LES PITCHOUNS VOLANTS »

☎ Régie 04.94.78.39.72

[regie.scolaire@gonfaron.fr](mailto:regie.scolaire@gonfaron.fr)



**DECHARGE PARENTALE**

**péri-scolaire Matin et Soir**

**ALSH du Mercredi**

Je soussigné(e) Madame ou Monsieur.....  
autorise mon enfant mineur prénommé (e) ..... âgé de  
plus de 10 ans né (e) le ..... à venir chercher, tout au long de l'année, le  
ou les membres de sa fratrie dans les locaux de la garderie municipale, déchargeant ainsi le  
personnel de la Commune de toutes responsabilités.

Nom..... Prénom..... Classe.....

Nom..... Prénom..... Classe.....

Nom..... Prénom..... Classe.....

Nom..... Prénom..... Classe.....

Nom..... Prénom..... Classe.....

Nom..... Prénom..... Classe.....

Fait à Gonfaron le.....

**Signature du Représentant de l'enfant, Père, Mère ou Tuteur Légal :**

Père	Mère	Tuteur



Ville de Gonfaron  
Pôle Enfance

**Service Péri-scolaire et Cantine**

« LES PITCHOUNS VOLANTS »

☎ Régie 04.94.78.39.72

[regie.scolaire@gonfaron.fr](mailto:regie.scolaire@gonfaron.fr)



**DECHARGE DE RESPONSABILITE  
DEPART ENFANT SEUL (âgé de 10 ans)**

Je soussigné (e).....

Représentant légal de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Né (e) le (enfant + de 10 ans)  
.....

Classe de Primaire : .....

L'autorise à quitter la garderie seul (e) tous les .....  
à compter du.....

Lundi \*  
Mardi \* à .....H .....  
Jeudi \*  
Vendredi \*

\* Rayer la (les) mentions inutile (s)

Et dégage dès cet instant la Municipalité de GONFARON de toute responsabilité.

**Signature du représentant légal de l'enfant**

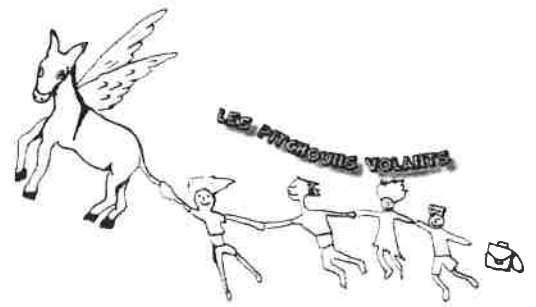
Père	Mère	Tuteur

Ville de Gonfaron  
Pôle Enfance

**Service Péri-scolaire et Cantine**

« LES PITCHOUNS VOLANTS »

☎ Régie 04.94.78.39.72  
[regie.scolaire@gonfaron.fr](mailto:regie.scolaire@gonfaron.fr)



**DECHARGE PARENTALE (MERE)  
DROIT DE GARDE**

Je soussigné (e).....déclare que j'autorise  
Mr ou Mme (nom prénom) .....en qualité de PERE ou MERE  
à venir chercher notre/nos enfant(s) pendant les temps d'accueil du service enfance même si ce n'est  
pas son jour officiel de droit de garde.

nom prénom.....  
nom prénom.....  
nom prénom.....

Cela jusqu'à avis contraire de ma part envoyé par écrit à monsieur le maire, déchargeant ainsi le  
personnel de la Commune de toutes responsabilités.

Fait à Gonfaron le..... pour servir et valoir ce que de droit.

**Signature du représentant de l'enfant, Père, Mère ou Tuteur Légal :**

Père	Mère	Tuteur

Ville de Gonfaron  
Pôle Enfance

**Service Périscolaire et Cantine**

« LES PITCHOUNS VOLANTS »

☎ Régie 04.94.78.39.72

[regie.scolaire@gonfaron.fr](mailto:regie.scolaire@gonfaron.fr)



**DECHARGE PARENTALE (PERE)  
DROIT DE GARDE**

Je soussigné (e).....déclare que j'autorise  
Mr ou Mme (nom prénom) .....en qualité de PERE ou MERE  
à venir chercher notre/nos enfant(s) pendant les temps d'accueil du service enfance même si ce n'est  
pas son jour officiel de droit de garde.

nom prénom.....

nom prénom.....

nom prénom.....

Cela jusqu'à avis contraire de ma part envoyé par écrit à monsieur le maire, déchargeant ainsi le  
personnel de la Commune de toutes responsabilités.

Fait à Gonfaron le..... pour servir et valoir ce que de droit.

**Signature du représentant de l'enfant, Père, Mère ou Tuteur Légal :**

Père	Mère	Tuteur