



Ville de Gonfaron
Pôle Enfance
Service de Périscolaire et Cantine

☎ Régie 04.94.78.39.72

regie.scolaire@gonfaron.fr

Agrafer
l photo
d'identité ici



FICHE D'INSCRIPTION RESTAURANT SCOLAIRE ET /OU PERISCOLAIRE

École : élémentaire / maternelle

à retourner avant le 20 juin

Nom : Prénom :

Né(e) le... à : F M

• **Situation familiale :** mariés divorcés en couple séparés veufs autres

Parent 1

Parent 2

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 :

Droit de garde :

libre accord ou

libre accord ou

suivre le jugement / l'ordonnance de conciliation

suivre le jugement / l'ordonnance de conciliation

Mon enfant déjeunera au **restaurant scolaire**, entourez les jours de présence

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

Mon enfant fréquentera l'**ALSH** 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 au **périscolaire**, entourez les jours de présence (x)

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Matin

x

x

x

x

Soir

x

x

x

x

Heure de
départ le soir

.....

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, PRENOM et 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.

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 enfantâgé deans 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 20 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).
- attestation d'assurance extra-scolaire.
- fiche sanitaire de liaison (cerfa 10008*02).
- Copie du carnet de vaccinations (tous les vaccins).
- **Pour les deux parents :**
- 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.

Parent 1	Parent 2	Tuteur

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

Parent 1	Parent 2	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.

Parent 1	Parent 2	Tuteur

Fait à Gonfaron, Le.....

7

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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 D'UNE 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

Ville de Gonfaron
Pôle Enfance

Service Périscolaire et Cantine

« LES PITCHOUNS VOLANTS »

☎ Régie 04.94.78.39.72

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 d'élémentaire :

L'autorise à quitter le centre de loisirs 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

Parent 1	Parent 2	Tuteur

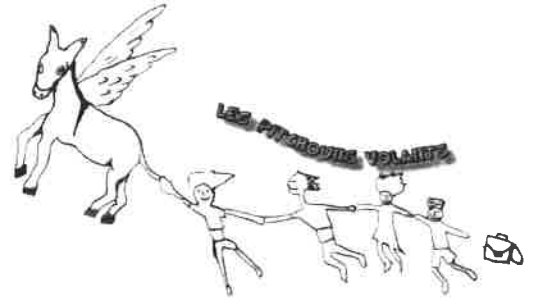
Ville de Gonfaron
Pôle Enfance

Service Périscolaire et Cantine

« LES PITCHOUNS VOLANTS »

☎ Régie 04.94.78.39.72

regie.scolaire@gonfaron.fr



DECHARGE PARENTALE

ALSH du 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.....

Signatures :

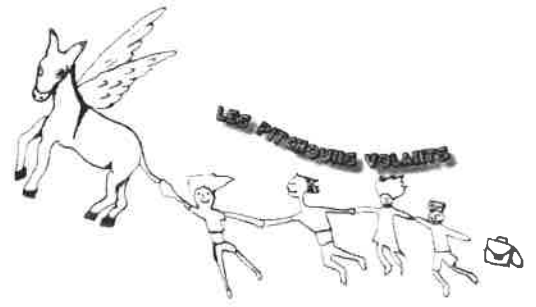
Parent 1	Parent 2	Tuteur

Ville de Gonfaron
Pôle Enfance

Service Périscolaire et Cantine

« LES PITCHOUNS VOLANTS »

☎ Régie 04.94.78.39.72
regie.scolaire@gonfaron.fr



ORGANISATION DU DROIT DE GARDE (parent 1)
--

Je soussigné (e).....déclare que j'autorise
Mr ou Mme (nom prénom)en qualité de PARENT 2
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.

Signatures :

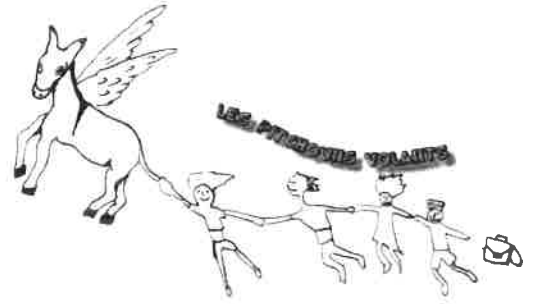
Parent 1	Parent 2	Tuteur

Ville de Gonfaron
Pôle Enfance

Service Périscolaire et Cantine

« LES PITCHOUNS VOLANTS »

☎ Régie 04.94.78.39.72
regie.scolaire@gonfaron.fr



**ORGANISATION
DU DROIT DE GARDE (parent 2)**

Je soussigné (e).....déclare que j'autorise
Mr ou Mme (nom prénom)en qualité de PARENT 1
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.

Signatures :

Parent 1	Parent 2	Tuteur