



Classe : -----

FICHE D'INSCRIPTION

**PHOTO récente
de votre enfant**

A RETOURNER AVANT LE 20 JUIN

Renseignements auprès de la régie scolaire ☎ 04 94 78 39 72 – regie.scolaire@gonfaron.fr

1 Identité de votre enfant

Nom ----- Prénom----- garçon fille
Né(e) le / / à : Nombre de frères / sœurs inscrits au service -----
Ecole fréquentée : élémentaire maternelle

2 La famille de votre enfant

➔ **Situation actuelle des parents :** mariés divorcés en couple séparés veufs autres
En cas de séparation, comment s'organise la garde ? (joindre copie du jugement)
 Les deux parents * Parent 1 uniquement Parent 2 uniquement
*** libre accord joindre l'attestation de droit ou un planning de garde, sinon les animateurs suivront les modalités inscrites dans le jugement.**

➔ Coordonnées des responsables légaux *

	Parent 1	Parent 2
Nom		
Prénom		
Adresse		
Téléphone domicile : Téléphone portable :		
Adresse mail	-----@-----	-----@-----
Coordonnées professionnelles Ville et Tél		
N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant		
Assurance de l'enfant, Joindre une attestation	Coordonnées : N° de police :	
N° CAF		

en cochant cette case j'autorise la commune de Gonfaron à utiliser mes coordonnées * (protection des données voir au verso)

3 Inscription au service

Entourez les jours de présence souhaités

	lundi	mardi	jeudi	vendredi
Restaurant scolaire	X	X	X	X
Garderie matin	X	X	x	X
ALSH du soir, notez l'heure de départ	XH	XH	XH	XH
	Journée entière	repas	Matin, départ 11h45 ou 13h	Après-midi, arrivée à 11h45 ou à 13h
MERCREDI	X	X	X	X

4 La santé de votre enfant

Régime alimentaire: allergie à : ----- si PAI * Sans porc RAS Autres-----
 Allergie ou Autres _____ (* fournir protocole PAI si nécessaire)

5 Modalité de prise en charge de votre enfant

- Mon enfant à plus de 10 ans, il peut rentrer seul oui (décharge à compléter) non
 Les personnes autorisées à récupérer mon enfant :

L'équipe d'encadrement se réserve le droit de vérifier l'identité des personnes en demandant une pièce d'identité.
 Ces personnes peuvent être appelées par les animateurs si aucune personne ne se présente pour prendre en charge votre enfant.

Personnes autorisées à récupérer mon enfant ou à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents)			
Nom et prénom	Lien avec l'enfant	N° de téléphone	Ville

6 Documents à fournir pour valider l'inscription

	Nature du document à présenter	Lors de la première inscription	A renouveler tous les ans	A renouveler si changement
Pour votre enfant	Attestation d'assurance extra-scolaire.	<input type="checkbox"/>	x	
	Une photo d'identité récente	<input type="checkbox"/>	x	
	fiche de santé	<input type="checkbox"/>	x	
	Copie des vaccinations à jour	<input type="checkbox"/>		x
	Copie du jugement de divorce ou séparation, décharges parentales (libre accord) et ou planning de garde.	<input type="checkbox"/>	L'organisation de la garde	x
	Protocole PAI si nécessaire	<input type="checkbox"/>	L'ordonnance lisible, - 3 mois	x
Pour chaque parent	Certificat de travail (- de 3 mois) ou dernier bulletin de salaire	<input type="checkbox"/>	x	
	Extrait de Kbis de moins de 3 mois.	<input type="checkbox"/>	x	
	Pour les exploitants agricoles et conjoints collaborateurs : attestation MSA - 3 mois.	<input type="checkbox"/>	x	

7 Attestations sur l'honneur

Parent 1	Parent 2	Enfant	Tuteur
<p>J'atteste par ma signature : avoir pris connaissance des règlements intérieurs du service Enfance et certifie l'exactitude des renseignements et des justificatifs fournis. Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal.</p> <p>je m'engage à régler la facture du mois dès réception afin d'éviter une procédure d'exclusion de mon enfant et à signaler tous changements.</p>			

* Règlement Général sur la Protection des Données : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer les inscriptions au service enfance, ainsi qu'à gérer les factures afférentes. Les données enregistrées sont conservées 2 années. Elles sont réservées à l'usage des services municipaux et ne pourront être transmises, le cas échéant, qu'aux structures où est accueilli l'enfant, ainsi qu'à l'Éducation Nationale (pour les seules données pertinentes au regard des missions poursuivies). Conformément à la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018, vous pouvez demander communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant par voie postale : Ville de Gonfaron – Av du 08 mai 1945 – 83590 Gonfaron ou bien par mail : regie.scolaire@gonfaron.fr



FICHE DE SANTE



Ville de Gonfaron
Pôle Enfance

Service Enfance
04 94 77 67 65

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les temps d'accueil périscolaire de votre enfant, elle sera transmise aux pompiers et aux médecins en cas de nécessité.

1- ENFANT

Nom _____ Prénom _____

Age : _____ Poids : _____ Kg Garçon Fille

2- VACCINS – Attention, à remplir UNIQUEMENT lors de la première inscription et lors d'injection de rappels.

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication,

ATTENTION, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Vaccins Obligatoires	DTPolio	Enfants nés à partir janvier 2018 Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Méningites à <i>Haemophilus influenzae b</i> , Méningites, pneumonies et septicémies à pneumocoque, Hépatite B
	A jour Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	A jour Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Date du dernier rappel (Page 91 du carnet) _____	Date du dernier rappel (Page 92 du carnet) _____

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Rappel, aucun médicament ne pourra être donné, sauf dans le cadre d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) joindre une copie du PAI au service Enfance à l'inscription.

L'enfant suit-il un traitement médical pris à la maison ? oui, lequel ? _____ non

Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre _____

ALLERGIES :	Cause(s) de l'allergie	Conduite à tenir, précisez si un P.A.I est mis en place.
ASTHME <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
MEDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
MAQUILLAGE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
AUTRES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Situation de handicap : Notification de la MDPH Oui Non

Recommandations utiles des parents (lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires...)

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ		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"/>		

4-RESPONSABLES DE L'ENFANT * (protection des données voir ci-dessous)

	Parent 1	Parent 2
Nom		
Prénom		
Téléphone portable		
Téléphone du domicile		
Téléphone professionnel		
N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant		
Coordonnés du médecin traitant de l'enfant		

EN CAS D'ACCIDENT :

Je soussigné(e), nom _____ prénom _____ autorise le responsable du service à faire intervenir les pompiers et à éventuellement faire transporter mon enfant nom _____ prénom _____ âgé de ans - - - vers un service hospitalier afin d'effectuer les soins nécessaires. La famille est immédiatement avertie. Je m'engage à régler tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille. Un enfant mineur ne peut sortir seul de l'établissement de santé.

- J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre de l'accueil de loisirs.
- Je n'autorise pas mon enfant à participer aux sorties.

Je soussigné(e) nom, prénom _____ responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler tous changements concernant l'état de santé de mon enfant.

Gonfaron, le

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

* Règlement Général sur la Protection des Données : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer les inscriptions au service enfance, ainsi qu'à gérer les factures afférentes. Les données enregistrées sont conservées 2 années. Elles sont réservées à l'usage des services municipaux et ne pourront être transmises, le cas échéant, qu'aux structures où est accueilli l'enfant, ainsi qu'à l'Éducation Nationale (pour les seules données pertinentes au regard des missions poursuivies). Conformément à la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018, vous pouvez demander communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant par voie postale : Ville de Gonfaron – Av du 08 mai 1945 – 83590 Gonfaron ou bien par mail : regie.scolaire@gonfaron.fr