



ANNÉE SCOLAIRE 2018-2019

PÔLE ENFANCE JEUNESSE

DOSSIER D'INSCRIPTION

Temps du midi – Garderie - ALSH mercredi et vacances

Mairie de Muzillac

Elodie RYO

Responsable du Pôle Enfance Jeunesse

Tél. 07.86.23.24.56

Mail : enfancejeunesse@muzillac.fr

Services périscolaires :

• Garderie : Eric PROST

Tél. 02.97.41.59.33

Mail : alsh@muzillac.fr

• Temps du midi : Pamela POULAIN

Tél. 06.75.04.91.09

Mail : periscolaire@muzillac.fr

Services extrascolaires

• ALSH mercredis et vacances scolaires

Eric PROST / Céline DANION

Tél. – 02.97.41.59.33 – Mail : alsh@muzillac.fr

1- FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENT DE L'ENFANT

Nom :	Prénom :	PHOTO OBLIGATOIRE
Date et lieu de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Adresse :		
Ville :		
Ecole fréquentée :	Classe :	

2- RESPONSABLES LEGAUX

<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil
Nom - Prénom							
Adresse du domicile							
Code postal - Commune							
Téléphone fixe et portable							
Mail		@		@			
Téléphone professionnel							

**3- PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES A RECUPERER L'ENFANT
(autres que les responsables légaux)**

Statut (famille, nourrice, amis)	Nom	Prénom	Téléphone domicile	Téléphone portable	Téléphone professionnel

REGIME SOCIAL

<input type="checkbox"/> CAF	<input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
------------------------------	------------------------------	---

4- ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Assureur :	N° d'assuré (joindre un justificatif) :
------------	---

5- QUOTIENT FAMILIAL

Le quotient familial est à déterminer à chaque rentrée scolaire, pensez à vous rapprocher de votre caisse familiale CAF/MSA

Lors de l'inscription, merci de vous munir de : - d'une attestation de la Caisse Familiale (CAF, MSA...) comprenant le numéro d'allocataire, le montant de vos prestations familiales, et le quotient familial (document datant de moins de trois mois)	PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION Quotient Familial : Numéro d'Allocataire : Caisse :
---	--

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE

Numéro de sécurité social de l'enfant
(utilisé uniquement en cas de soins d'urgence)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, joindre une ordonnance récente		
Détails sur le traitement				
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?	RUBEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <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	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VACCINATIONS

DT polio <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Documents à joindre obligatoirement <input type="checkbox"/> Photocopie des « pages vaccinations » du carnet de santé <input type="checkbox"/> Certificat de vaccination à jour remis par le médecin <input type="checkbox"/> Si les vaccins obligatoires n'ont pas été réalisés, joindre un certificat médical de contre-indication
--	--

ALLERGIES

L'enfant est-il allergique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Si oui, un certificat d'allergologue sera obligatoire			
Un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
	Causes		Symptômes		Conduite à tenir		
Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Alimentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							

AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ (épilepsie, hémophilie, diabète, asthme...)

Merci de préciser les précautions et conduites à tenir (fournir un certificat médical ou un P.A.I.)

Médecin traitant	Nom – Prénom :	Tél.
------------------	----------------	------

A compléter OBLIGATOIREMENT :

Je soussigné(e) Mme / M. _____ responsable légal de l'enfant _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisent l'école et/ou l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires, suivant les prescriptions du médecin.

A _____, le _____

Signature :
Précédée de la mention manuscrite :
« Lu et approuvé »

CHACUN S'ENGAGE !

LES ENFANTS

MON COMPORTEMENT EN GROUPE

- ▶ Je parle poliment, sans agressivité, ni grossièretés, insultes ou moqueries.
- ▶ Je n'apporte pas de jeux précieux, et ne joue pas à des jeux présentant un danger.
- ▶ Je sais m'arrêter en cas de conflit ou provocations.
- ▶ Je prends en compte tout de suite les demandes ou consignes de l'animateur .



MES DÉPLACEMENTS



- Si sortie en car :
- ▶ Je me range en file, sans bousculade.
- A pied:
- ▶ Je reste en file sur les trottoirs
- Dans le car
- ▶ Je m'attache et reste assis pendant le trajet
 - ▶ Je reste discret pendant ce petit temps.

MON BIEN-ÊTRE

- ▶ Je préviens mon accompagnateur si je ne me sens pas bien (maux de tête, de ventre...)
- ▶ J'informe discrètement les adultes si quelque chose me gêne vraiment

Fait à _____ le _____

Signature :

LES PARENTS

Je m'engage à

- Payer les frais d'ALSH, garderie et facturation périscolaire
- Dégager le service enfance jeunesse de toutes responsabilités en cas de perte, de vol ou de détérioration d'objets personnels appartenant à mon enfant (bijoux, jouets, téléphone...)
- Déclarer exact tous les renseignements mentionnés dans ce dossier d'inscription
- Reconnaître que j'ai été informé de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels pouvant résulter des activités auxquelles participe mon enfant
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur (feuille à conserver par la famille) et en accepte les conditions

Fait à _____ le _____

Signature :

AUTORISATIONS PARENTALES POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2018/2019

J'AUTORISE MON ENFANT A (EN CAS DE DESACCORD, RAYER LA MENTION)

- Participer aux activités proposées par le service (sportives, manuelles, sorties...)
- Utiliser les moyens de transport mis en place par l'organisateur pour les activités
- Utiliser la crème solaire de l'organisateur

J'AUTORISE LA VILLE DE MUZILLAC A (EN CAS DE DESACCORD, RAYER LA MENTION)

- Consulter et conserver mes données personnelles sur CAFPRO
- A photographier ou filmer mon enfant dans le cadre de son activité ou lors de manifestations publiques et à diffuser son image sur les différents supports de communication de la ville (et uniquement ces supports)

J'AUTORISE EN CAS D'URGENCE

- Le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant : intervention médicale et/ou chirurgicale d'urgence.

J'AUTORISE MON ENFANT A SORTIR SEUL ☐ OUI ☐ NON

Si oui, dans quel(s) cas ?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> A la sortie de l'école | <input type="checkbox"/> Après la garderie le soir | <input type="checkbox"/> Le mercredi quand il est à l'ALSH pour participer aux activités extrascolaires (danse, piscine, rugby, musique...) |
|---|--|---|

PERSONNES AUTORISÉES A PRENDRE EN CHARGE MON ENFANT

- Se reporter à la 3^e partie de la 1^e page du dossier

☐ J'autorise la ville de Muzillac à exploiter les données personnelles renseignées dans ce formulaire, dont l'accès sera strictement limité aux services périscolaires. Ces données seront informatisées et conservées pendant 1 an. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : communication@muzillac.fr

A _____, le _____

Signature :

RAPPEL DES PIECES A FOURNIR :

- ☐ Attestation d'assurance en responsabilité civile
- ☐ Photocopie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant
- ☐ Certificat de vaccination à jour remis par le médecin
- ☐ Protocole d'Accueil Individualisé si besoin (PAI)*
- ☐ Certificat médical en cas d'allergie
- ☐ Attestation CAF ou MSA pour l'inscription en garderie ou à l'ALSH (vacances scolaires)

*IMPORTANT

Dans l'intérêt et le confort de l'enfant, il est recommandé aux familles de prendre contact avec le service scolaire et périscolaire (07.86.23.24.56) afin de déterminer le protocole à suivre en cas d'allergie alimentaire, d'intolérance ou problèmes de santé, et peut-être mettre en place un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé). Aucun traitement et aucune adaptation ne seront mis en place sans une rencontre préalable entre les différents acteurs (Parents, École, Mairie, Médecin scolaire...)