

# DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION 2018 - 2019

## à déposer :

- en mairie pour les enfants scolarisés sur la commune
- lieu d'accueil (PEJ – EMA) pour les autres cas



## ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Sexe : Masculin - Féminin

Adresse : \_\_\_\_\_

**Ecole :** \_\_\_\_\_

Classe : PS - MS - GS

CP – CE1 – CE2 – CM1 – CM2

**Collège :** \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

**Lycée :** \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

Demande de dérogation :  OUI  NON Ecole d'origine (si déménagement) : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLES LEGAUX

### Parent 1

### Parent 2

	<u>Parent 1</u>	<u>Parent 2</u>
Nom – Prénom ( <u>mère</u> : nom de jeune fille et nom d'usage)		
Situation familiale		
Profession		
Adresse (si différente de celle de l'enfant)		
Tél. domicile		
Tél. professionnel		
Tél. portable		
Adresse mail		

Autre responsable légal : \_\_\_\_\_

### Frères/sœurs

<i>Nom - Prénom</i>	<i>Date et lieu de naissance</i>	<i>Ecole / Classe</i>

Régime allocataire		Nombre d'enfants à charge	
Allocataire		Nombre d'enfants total	
N° Allocataire		Nombre de parts	
C.A.F.		Quotient familial	
N° de Sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant		Date d'effet	

**J'autorise – Je n'autorise pas** (*ayer la mention inutile*) le responsable à se rendre sur le site caf.fr (CDAP) pour obtenir des renseignements nécessaires à l'inscription (quotient familial, ...)

## **INFORMATIONS PERISCOLAIRES** : (cocher OUI même si fréquentation occasionnelle)

Fréquentera la garderie périscolaire :  OUI  NON  
Fréquentera l'étude surveillée (uniquement pour les primaires) :  OUI  NON  
Fréquentera le restaurant scolaire :  OUI  NON

## **SORTIE**

J'autorise mon enfant à rentrer seul : **OUI – NON**

Personne non autorisée à récupérer l'enfant (joindre la décision du tribunal) :

NOM – Prénom : \_\_\_\_\_

Personnes à prévenir en cas d'accident (autre que les parents)	Personnes autorisées à récupérer l'enfant (autre que les parents)	Lien avec l'enfant (grands-parents, frère, sœur, nourrice...)	Téléphone

## **SANTE**

DT Polio obligatoire : date dernier rappel : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ **Vaccinations** : (Fournir les photocopies des certificats)

Renseignements médicaux particuliers : \_\_\_\_\_

Demande de Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : **OUI – NON**

➤ En cas de maladie chronique (ou allergie alimentaire), un PAI est obligatoire pour l'administration de médicaments : voir avec le directeur (directrice).

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**Urgences** : En cas d'accident survenu à votre enfant, la famille est prévenue. Cependant, autorisez-vous le directeur (directrice) ou personnel encadrant, à prendre pour vous les mesures estimées nécessaires ? (appel pompiers, SAMU, médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) : **OUI - NON**

**Assurance** : Compagnie : \_\_\_\_\_ N° Police : \_\_\_\_\_

(Fournir une attestation, vérifier les garanties : responsabilité civile + individuelle accident)

## **DROIT A L'IMAGE** (pour toutes les structures)

J'autorise – Je n'autorise pas (~~rayez la mention inutile~~) le personnel encadrant à photographier / filmer et utiliser l'image de mon enfant dans le respect des règles en vigueur dans le cadre des activités.

(En cas de refus, merci de joindre une photo)

Je m'engage à signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Signature des parents

## FICHE SANITAIRE ET DE RESTAURATION

- Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie que l'enfant \_\_\_\_\_  
dont je suis responsable, - **ne présente pas**  
- **présente** ► **(rayer la mention inutile)**  
**une intolérance ou allergie, soit alimentaire, soit de toute autre nature**
- Repas sans porc
- En cas d'allergie ou intolérance, j'ai pris connaissance de la procédure de « panier repas » ou « P.A.I. ».
- J'autorise – Je n'autorise pas (rayer la mention inutile) l'administration d'un traitement médical (fournir obligatoirement l'ordonnance et les médicaments dans leur emballage d'origine et marqués au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. NE CONCERNE PAS L'ECOLE**

## POLE ENFANCE JEUNESSE (P.E.J.)

- Fréquentera le Pôle Enfance Jeunesse :  OUI  NON
- J'autorise mon enfant à rentrer seul (à partir de 9 ans) :  OUI  NON
- J'autorise mon enfant à partir du lieu d'activité (uniquement pour le secteur Jeunes) :  OUI  NON
- J'autorise mon enfant à partir à tout moment de l'accueil libre (secteur Jeunes) :  OUI  NON

## ECOLE MUNICIPALE DES ARTS (Merci de prendre contact avec l'EMA pour confirmation)

- Souhaite s'inscrire à l'Ecole Municipale des Arts :  OUI  NON
- Merci de préciser la discipline choisie :  MUSIQUE  DANSE  THEATRE  DESSIN/PEINTURE
- J'autorise mon enfant à rentrer seul :  OUI  NON

## RENSEIGNEMENTS MULTI-STRUCTURES

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et à utiliser les transports collectifs avec les encadrants.
- TELE-ALERTE** (en cas de risque majeur ou information urgente):
- Accepte d'être prévenu(e) – n'accepte pas d'être prévenu(e) par téléphone (rayer la mention inutile) :**
- Indiquer 2 numéros de téléphone : \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_

**ILLIWAP** : Recevez les informations de Saint-Priest en Jarez en temps réel sur votre téléphone

- Pour vous connecter à la ville de Saint-Priest en Jarez, il vous suffit de :**
- Télécharger gratuitement l'application **illiwap** via Google Play (Android) ou Apple Store (iPhone)
  - Cliquer pour ajouter une station
  - Une fois téléchargée, il ne vous reste plus qu'à scanner le QR Code de la mairie ou entrer le code @42270

<b>JUSTIFICATIFS A FOURNIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE chaque année (merci de faire les photocopies)</b>	<b>ECOLE</b>	<b>RESTAURATION + PERISCOLAIRE</b>	<b>P.E.J.</b>	<b>Ecole Municipale des Arts</b>
Justificatif de domicile de moins de 6 mois	X	X	X	X
Attestation d'assurance (responsabilité civile et individuelle accident) <b>pour l'année 2018/2019</b>	X	X	X	X
Livret de famille	X	X		
Certificat de radiation de l'école précédente (si déménagement)	X			
Décision du tribunal interdisant des personnes à récupérer l'enfant	X	X	X	X
Photocopie du carnet de vaccination ou certificats	X	X	X	
Notification du quotient familial (de mois de 3 mois)	X	X	X	
Certificat de scolarité ( <b>pour les enfants de moins de 6 ans scolarisés hors de la commune</b> )			X	
Certificat médical d'aptitude à la danse				X
Photo d'identité				X
Fiche sanitaire de liaison : <b>Recommandations utiles</b> (lentilles de contact, lunettes, prothèses auditives ou dentaires...) <b>et difficultés de santé</b> (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)		X	X	

**Je déclare sur l'honneur :**

- l'exactitude des renseignements indiqués
- avoir pris connaissance des règlements intérieurs consultables dans les structures municipales et / ou sur le site internet de la commune : [www.saint-priest-en-jarez.fr](http://www.saint-priest-en-jarez.fr)

**Seuls les dossiers complets sont acceptés**

Date :

Signature :

Représentant légal :

MAIRIE

8, rue Claudius Cottier

04 77 91 13 30

[nrodriguez@mspj.fr](mailto:nrodriguez@mspj.fr)

POLE ENFANCE JEUNESSE

7, rue du 8 mai 1945

04 77 74 84 89

[pej@mspj.fr](mailto:pej@mspj.fr)

ECOLE MUNICIPALE DES ARTS

3, rue des Carrières

04 77 92 75 66

[ecoledesarts@mspj.fr](mailto:ecoledesarts@mspj.fr)



# 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				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

## 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 ?

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

---

---

---

---

---

---

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

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

---

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

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.*

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---