

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION 2019 - 2020

à déposer **AVANT LE 12 JUILLET 2019**

- en mairie pour les enfants scolarisés sur la commune
- sur le 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

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

Nom - Prénom	Date et lieu de naissance	Ecole / Classe

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 (~~raier 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 validation du dossier)

- 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

JUSTIFICATIFS A FOURNIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE chaque année (merci de faire les photocopies)	ECOLE	RESTAURATION + PERISCOLAIRE	P.E.J.	Ecole Municipale des Arts
Justificatif de domicile de moins de 6 mois	X	X	X	X
Attestation d'assurance (responsabilité civile et individuelle accident) pour l'année 2019/2020	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 (pour les enfants de moins de 6 ans scolarisés hors de la commune)			X	
Certificat médical d'aptitude à la danse				X
Photo d'identité				X
Fiche sanitaire de liaison : Recommandations utiles (lentilles de contact, lunettes, prothèses auditives ou dentaires...) et difficultés de santé (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

Seuls les dossiers complets sont acceptés

Date :

Signature :

Représentant légal :


MAIRIE 8, rue Claudius Cottier


04 77 91 13 30


nrodriguez@mspj.fr

POLE ENFANCE JEUNESSE 7, rue du 8 mai 1945

04 77 74 84 89

pej@mspj.fr

ECOLE MUNICIPALE DES ARTS 3, rue des Carrières

04 77 92 75 66

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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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 ?

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