



## DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRE

ACCUEIL MATERNEL       ACCUEIL ÉLÉMENTAIRE

ANNÉE SCOLAIRE 2018-2019

La constitution de ce dossier vous permet d'inscrire votre enfant, du premier au dernier jour de l'année scolaire 2018-2019, au service d'accueil périscolaire

Le matin avant l'école       Le soir après l'école

Le dossier **complet** et dûment **signé**, est à retourner **impérativement** à la directrice de l'accueil périscolaire concerné, il comprend :

- La fiche de renseignements
- La fiche sanitaire
- La fiche d'autorisations parentales

Les pièces à joindre obligatoirement au dossier sont :

- La copie de l'avis d'imposition 2018 (sur les revenus 2017) à remettre au plus tard fin septembre 2018.
- L'attestation d'assurance responsabilité civile pour l'année 2018-2019
- Les copies des vaccinations
- En cas d'allergie ou de problèmes médicaux spécifiques, la photocopie du PAI (Protocole d'Accompagnement Individuel)

### INFORMATIONS

Vous pouvez télécharger certains documents disponibles sur le site internet de la commune « ville-gallardon.fr » :

- le planning d'inscription mensuel ou annuel à l'accueil périscolaire
- le règlement intérieur
- les projets éducatif et pédagogique
- les tarifs

### INFORMATIONS : RÉGIME DE COUVERTURE SOCIALE

Régime Général (CPAM) / Fonctionnaire     Régime Agricole (MSA)     Autre régime

N° Allocataire CAF : .....

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : ..... À : .....  
Niveau/Section : ..... Classe : .....

## PÈRE

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
N° Fixe : ..... N° Portable : .....  
@ : .....  
Nom et adresse de l'employeur : .....  
Profession : ..... N° Pro : .....  
N° Sécurité Sociale : .....

## MÈRE

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
N° Fixe : ..... N° Portable : .....  
@ : .....  
Nom et adresse de l'employeur : .....  
Profession : ..... N° Pro : .....  
N° Sécurité Sociale : .....

## FAMILLE

Avez-vous un autre enfant à charge ?  Oui  Non

Si oui, fréquente-t'il un des accueils périscolaire et lequel ? .....

### EN CAS D'URGENCE (Personnes à prévenir d'urgence en l'absence du responsable légal)

Nom du médecin traitant : ..... N° Tél : .....  
Nom et Prénom : ..... N° Tél : .....  
Nom et Prénom : ..... N° Tél : .....  
Nom et Prénom : ..... N° Tél : .....

### AUTORISATIONS EN CAS D'EMPÊCHEMENT (Liste des personnes majeures autorisées à prendre l'enfant)

Nom et Prénom : ..... N° Tél : .....  
Nom et Prénom : ..... N° Tél : .....  
Nom et Prénom : ..... N° Tél : .....  
Nom et Prénom : ..... N° Tél : .....  
Nom et Prénom : ..... N° Tél : .....  
Nom et Prénom : ..... N° Tél : .....

## Accueils périscolaires

Les tarifs des accueils maternel et élémentaire pour l'année 2018 sont donnés ci-dessous (tarif/jour)

Tranche	Revenus mensuels	Forfaits	
		matin	soir
1	0 à 1 090,00	1,13	2,22
2	1 090,01 à 1 400,00	1,36	2,67
3	1 400,01 à 1 710,00	1,64	3,20
4	1 700,01 à 2 020,00	1,97	3,84
5	2 020,01 à 2 330,00	2,36	4,55
6	2 330,01 à 2 640,00	2,83	4,96
7	2 640,01 à 3 000,00	3,39	5,57
8	3 000,01 à 4 000,00	3,64	5,79
9	4 000,01 à 6 000,00	3,91	6,05
10	6 000,01 et plus	4,19	6,41

Abattements : - 20 % à partir de 2 enfants inscrits  
 - 10 % à partir de 2 enfants à charge

Ces abattements ne sont pas cumulables.



# 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 ?

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.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : .....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : .....

*Je soussigné, ..... 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**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## AUTORISATIONS PARENTALES 2018-2019

Je soussigné.....  
responsable légal de .....

- autorise que mon enfant soit photographié et filmé, dans le cadre des activités pratiquées pendant le temps périscolaire pour une utilisation interne à la commune de Gallardon. Ces supports seront utilisés exclusivement pour illustrer et valoriser les actions faites par les enfants dans le cadre de l'accueil périscolaire ou d'actions de communications (article, presse...).

OUI \*

NON \* (\* entourez votre choix)

- autorise que mon enfant soit maquillé lors des activités prévues à cet effet (ex : carnaval).

OUI \*

NON \* (\* entourez votre choix)

- certifie avoir pris connaissance et accepte que l'équipe d'encadrement accompagnera à pieds mon enfant (participant ou non) à la salle polyvalente de Gallardon à l'occasion des répétitions du spectacle de Noël des accueils périscolaire.
- certifie avoir pris connaissance du fonctionnement de l'accueil périscolaire et accepte les conditions du règlement intérieur.

Date :

Signature du Responsable légal

## RAPPEL DES COORDONNÉES

### Accueil périscolaire maternel

17 place du jeu de paume 28320 GALLARDON - ☎ : 02.37.90.95.51 - 📞 : 06.14.78.71.83 - @: tiloupsgallardon@orange.fr

📅 - Les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 7h30 à 9h00 et de 16h30 à 19h00

### Accueil périscolaire élémentaire

Rue des cavaliers 28320 GALLARDON - ☎ : 02.37.35.36.54 - 📞 : 06.11.31.33.98 - @: centreprimaire@orange.fr

📅 - Les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 7h30 à 9h10 et de 16h40 à 19h00

### Mairie de Gallardon

Place du jeu de Paume 28320 GALLARDON - ☎ : 02.37.31.40.72 - 📞 : 02.37.31.44.42 - @: mairie.gallardon@wanadoo.fr