



DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRE

ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021

- ACCUEIL MATERNEL « Les Petits Loups »
- ACCUEIL ÉLÉMENTAIRE « Les Grands Loups »

La constitution de ce dossier vous permet d'inscrire votre enfant, du premier au dernier jour de l'année scolaire 2020-2021, 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 2020 (sur les revenus 2019) à remettre au plus tard fin septembre 2020.
- L'attestation d'assurance responsabilité civile pour l'année 2020-2021
- 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 tarifs

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

Nom : Prénom :
Né(e) le : À :
Niveau/Section : Classe :
N° Sécurité Sociale (qui couvre l'enfant) :

PÈRE

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

MÈRE

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

FAMILLE

Situation familiale : Union libre Mariés/Pacsés Divorcés Célibataire/Veuf(ve)
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 :

AUTORISATIONS PARENTALES 2020-2021

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 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



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			
Diphthérie				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	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

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