

**Service Enfance  
Maison de l'Enfance  
24 Rue de l'Ouche**

**02 38 92 76 88 / 06 51 63 71 57**

**Mail : [enfance@dordives.com](mailto:enfance@dordives.com)**

**DOSSIER D'INSCRIPTION A L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE  
ANNÉE 2020/2021**

**Pourquoi remplir un dossier pour l'accueil périscolaire ?**

Ce dossier est valable pour l'année scolaire. Il nous permet d'avoir toutes vos coordonnées, les autorisations nécessaires et les attestations obligatoires.

Lorsque vous aurez besoin de mettre votre enfant à l'accueil du matin ou du soir, il vous suffira de remplir un planning de réservation (disponible en téléchargement sur le site de la mairie aux environ du 15 du mois précédent).

**Sans ce dossier complet, votre enfant ne pourra pas être pris en charge par les animateurs en cas d'imprévu de votre part.**

**Horaires des accueils**

**Matin** : à partir de 7h. Les enfants sont ensuite conduits à l'école vers 8h10.

**Pour des raisons de sécurité aucun enfant ne pourra être pris ou déposé sur le trajet**

**Soir** : les animateurs prennent les enfants à 16h30 à l'école et sont à la Maison de l'Enfance vers 17h où un goûter est servi. Les familles ont la possibilité de venir chercher leur enfant à partir de 17h et jusqu'à 19h, selon le planning de réservation.

**DOCUMENTS A FOURNIR AVEC LE DOSSIER**

1/Attestation d'assurance péri ou extra-scolaire valable pour l'année scolaire.

2/ Attestation de Sécurité Sociale sur laquelle figure l'enfant.

3/ Copie des vaccins à jour ou, à défaut, un certificat médical du médecin certifiant que l'enfant est à jour dans ses vaccinations ou présente une contre-indication à la vaccination.

4/ Attestation CAF du quotient familial ou feuille d'imposition 2020 sur les revenus 2019.

**RÉSERVÉ AU SERVICE**

**Enfant** : .....

**Enseignant** : .....

A. CAF		
A. SS		
VACCINS		
A.P		
A. Ass		

# FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION 2020/2021

## L'enfant

Nom : ..... Prénom : ..... F  G  Age : .....

Né(e) le : ...../...../..... à : ..... Département : .....

Adresse : .....

Classe fréquentée à la rentrée 2020 : .....

## Responsable(s)

<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	Si placement chez un tiers (famille d'accueil, A.S.E) <input type="checkbox"/>
Nom.....	Nom.....	Nom.....
Prénom.....	Prénom.....	Prénom.....
Tél. domicile	Tél. domicile	Tél. domicile
Tél. port.	Tél. port.	Tél. port.
Tél. pro.	Tél. pro.	Tél. pro.
Courriel :	Courriel :	Courriel :
Profession :	Profession :	Adresse :
Adresse employeur :	Adresse employeur :	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Situation de Famille (\*1) :

Mariés / Pacsés / Séparés / Divorcés / Union libre / Famille d'accueil

Y-a-t-il une décision de justice concernant l'enfant ?

Oui / Non (si oui, joindre le justificatif établissant le droit de garde)

N° de Sécurité Sociale/MSA (\*1) : .....

Autre (lequel) :

N° CAF/ MSA :

Assurance Responsabilité civile **Extra-scolaire ou Périscolaire**

Nom et adresse : .....

N° de Police : .....

Je soussigné(e), ....., responsable légal(e) de l'enfant ou ayant autorité, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je m'engage à signaler à la direction de l'Accueil Périscolaire tout changement concernant les renseignements mentionnés ci-dessus. J'ai pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions.

Mention « Lu et approuvé »

Fait à Dordives le :     /     /

Signature :

(\*1) : Rayer les mentions inutiles

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020/2021

## IMPORTANT

Il est essentiel que les informations ci-dessous soient complètes, pour la sécurité et la bonne prise en charge de votre enfant en cas de besoin. **Si vous avez des informations confidentielles** destinées à un médecin, vous pouvez les joindre sous enveloppe cachetée.

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : Le : .... / ..... / ..... à .....

### **VACCINATIONS**

Dernier rappel DTP (diphtérie/tétanos/poliomyélite)

.....

Joindre la copie du carnet de vaccination ou, à défaut, un **certificat médical de contre-indication** des vaccinations obligatoires.

### **ALLERGIES**

Asthme	Alimentaire	Médicamenteuse	Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

.....

Un P.A.I. a-t-il été mis en place par le médecin scolaire ?      Oui       Non

Si oui, merci de fournir une copie du protocole établi (aucun régime particulier ne pourra être mis en place si ce document n'est pas donné)

### **TRAITEMENT MÉDICAL**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant les accueils : Oui / Non

Si oui, vous devez joindre **obligatoirement** une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant). **Aucun médicament ne sera donné en dehors d'un protocole établi par le médecin.**

### **DIFFICULTÉS DE SANTÉ**

Maladie	Accident avec séquelles	Crises convulsives	Hospitalisation	Opération	Rééducation	Autre

Préciser les dates et les précautions à prendre : .....

.....

### **L'ENFANT PORTE-T-IL**

Lunettes	Lentilles de contact	Prothèse(s) auditive(s)	Prothèse(s) dentaire(s)	Autre

Préciser les recommandations particulières et la conduite à tenir : .....

.....

Je soussigné....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toute modification dans les plus bref délais.

Fait à Dordives le :    /    /

Signature :

# AUTORISATIONS 2020/2021

Je soussigné(e) (nom, prénom) .....  
responsable légal(e) de l'enfant (nom, prénom) .....  
certifie

## Les soins

- Autoriser le personnel de l'APS à prendre, toutes les mesures et initiatives rendues nécessaires par l'état de l'enfant. En cas de doute, d'urgence médicale ou d'accident, les pompiers et/ou SAMU seront appelés et les parents prévenus.
- Décharger la Direction de l'APS de toutes responsabilités en cas de transfert aux urgences et/ou en pédiatrie, pendant le trajet jusqu'à l'hôpital et autorise l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.
- Autoriser, en cas de blessures bénignes (égratignures, écorchures, coups...), l'équipe d'animation à apporter les soins nécessaires en tenant compte des restrictions DDCS inhérentes à la réglementation en vigueur, et qui seront notifiées dans le cahier infirmerie.

## Les activités

- Autoriser mon enfant à
- participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre de l'APS nécessitant des déplacements hors de l'école (gymnase, Salle des Fêtes, ...).
  - utiliser le transport collectif.
  - être photographié et/ou filmé dans le cadre des activités, afin d'illustrer des supports de communication municipaux (journal, affiches, site web, vidéo, expo...) à titre gratuit et sans utilisation commerciale

## Conditions de départ

Les personnes citées ci-dessous sont autorisées à venir chercher mon enfant à l'APS

	1ère personne désignée	2ème personne désignée	3ème personne désignée	4ème personne désignée
<b>Nom</b>				
<b>Prénom</b>				
<b>Lien avec l'enfant</b>				
<b>Adresse</b>				
<b>Tél. Domicile</b>				
<b>Tél. Portable</b>				

Je note que mon enfant ne pourra pas être confié à une autre personne que celles mentionnées ci-dessus, sans un accord écrit de ma part. Il pourra être demandé une pièce d'identité à la personne venant chercher mon enfant.

Je soussigné(e), ..... responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je m'engage à signaler tout changement concernant les renseignements mentionnés ci-dessus, dans les plus brefs délais.

Fait à Dordives le :     /     /

Signature :