

Dossier d'inscription périscolaire et extra-scolaire

Année Scolaire 2022-2023

Activités concernées par le dossier unique d'inscription :

- ALSH périscolaire
- Restaurant scolaire
- Accueil de loisirs (ALSH) Mercredis et vacances

L'ENFANT

Nom : _____ **Prénom :** _____

Sexe : M / F **Né(e) le :** ____/____/____

Classe fréquentée à la rentrée de septembre : _____

Droit à l'image : Oui Non

J'autorise la commune du Bono à diffuser les photographies de mon enfant sur tous les supports de communication : Mairie, site internet, presse...

FAMILLE

Représentant légal 1 OU assistant familial OU tuteur légal

Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Tél domicile : ____/____/____/____ **Tél mobile :** ____/____/____/____

Email : _____@_____

Tél professionnel : ____/____/____/____

Représentant légal 2

Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Tél domicile : ____/____/____/____ **Tél mobile :** ____/____/____/____

Email : _____@_____

Tél professionnel : ____/____/____/____

Nom et prénom de l'allocataire : _____

Numéro d'allocataire CAF/MSA : _____

Montant du quotient : _____

Si non transmis le QF4 est appliqué

RESTAURANT SCOLAIRE

Pour éviter le gaspillage de repas et optimiser l'organisation des services :

INSCRIPTION OBLIGATOIRE VIA LE PORTAIL FAMILLE 3 JOURS A L'AVANCE

TOUTE INSCRIPTION NON ANNULEE DANS LES 48H EST FACTUREE

ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MATIN et SOIR

Accueil de 7h30 à 8h20 et de 16h30 à 19h
Prévoir le goûter

INSCRIPTION OBLIGATOIRE VIA LE PORTAIL FAMILLE 1 JOUR AVANT

ACCUEIL DE LOISIRS VACANCES SCOLAIRES ET MERCREDI 3/10 ANS

Accueil ouvert de 7h30 à 19h
Possibilité d'inscription à la journée ou ½ journée
Goûter inclus

INSCRIPTION OBLIGATOIRE VIA LE PORTAIL FAMILLE

Le Lundi avant 10 h pour une inscription le mercredi

1 Semaine avant le début des vacances scolaires

ASSURANCE

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.

Nom et adresse de la compagnie : _____

Je (nous) soussigné(s) : _____

Autorise(nt) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Nom prénom	Tel	Lien de parenté

Si, occasionnellement, une autre personne vient chercher l'enfant, la personne mandatée par la famille devra se munir d'une autorisation datée et signée par les parents et d'une pièce d'identité.

CONTACTS

Myriam LE PLAIRE-BRARD Responsable Service Enfance Jeunesse

enfancejeunesse@lebono.fr 06 82 60 93 18

BRIEND Delphine Référente des accueils périscolaires extrascolaires et restaurant scolaire

animation@lebono.fr 06 73 51 73 38

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'accueil individualisé) oui non
Merci de fournir une copie du PAI ainsi que les traitements médicamenteux. **OBLIGATOIRE**

Qui appeler en cas d'urgence ?

Nom : _____ Prénom : _____

Tel : __/__/__/__/__

Lien de parenté : _____

VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR FREQUENTER LES ACCUEILS PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES

Le code de l'action sociale et des familles précise dans son article R227-7 :

L'admission d'un mineur selon l'une des modalités prévues à l'article [R. 227-1](#) est subordonnée à la présentation d'un document attestant de sa situation au regard des obligations vaccinales conformément aux dispositions de l'article [R. 3111-8](#) du code de la santé publique. Elle est également soumise à la fourniture par les responsables légaux du mineur de renseignements d'ordre médical dont la liste est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la jeunesse.
Ces informations sont adressées à l'organisateur de l'accueil ou à son représentant qui s'assure du respect de leur confidentialité.

Concernant les mineurs nés après 2018, les vaccins concernés sont au nombre de 11:

- Diphtérie
- Tétanos
- Poliomyélite
- Coqueluche
- Rougeole-Oreillons-Rubéole (vaccin combiné ROR)
- Haemophilus Influenza de type B
- Hépatite B
- Pneumocoque
- Méningocoque de type C

Concernant les mineurs nés avant 2018, les vaccins concernés sont ceux contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP).

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités y compris les sorties organisées par le service périscolaire et extra-scolaire, même hors de la commune et quel que soit le moyen de transport. En cas de maladie ou d'accident bénin, le personnel d'encadrement n'étant pas habilité à conduire votre enfant chez le médecin, vous serez prévenu et vous devrez venir le chercher au plus vite. En cas d'accident grave, il sera transporté à l'hôpital, par les pompiers ou le SAMU selon la décision des services d'urgence.

Je certifie que les renseignements sur cette feuille sont exacts.

Formulaire complété le : _____

Signatures :

Représentant légal 1

Représentant légal 2



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
Diphtérie				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** ? 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)

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