

DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE SCOLAIRE et ACTIVITES PERISCOLAIRES DE L'ECOLE PRIMAIRE

Année scolaire 2017-2018

A retourner pour le 16 mai 2017

NIVEAU :

PS MS GS

CP CE1 CE2 CM1 CM2

PHOTO

à joindre SVP

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Cadre réservé à l'administration

Date de réception :

RESPONSABLE LEGAL 1 PERE MERE TUTEUR

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE : PORTABLE :

MEL :@.....

EMPLOYEUR : ADRESSE :

..... TEL TRAVAIL :

RESPONSABLE LEGAL 2 PERE MERE TUTEUR

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE : PORTABLE :

MEL :@.....

EMPLOYEUR : ADRESSE :

..... TEL TRAVAIL :

REGIME SECURITE SOCIALE

GENERAL

MSA

AUTRE

N° sécurité sociale :

N° allocataire :

Adresse de la caisse d'allocations :

.....

.....

DECLARATION DU OU DES RESPONSABLE (S) LEGAL (AUX).

Je soussigné(e) Mme ou M. :

✚ Autorise le responsable périscolaire enfance à faire appel aux services d'urgences médicales si la santé de mon (mes) enfant(s) le nécessite ou en cas d'accident*

oui non

✚ Autorise mon (mes) enfant(s) à être photographié(s) ou être filmé(s)*

➡ Pour diffusion sur le blog de l'école

oui non

➡ Pour diffusion sur les sites de la commune de Ressons le Long et bulletins d'information municipale

oui non

✚ Déclare avoir pris connaissance et accepter les règlements scolaire et des activités périscolaires de la commune de Ressons le Long, consultable auprès du responsable périscolaire ou sur les panneaux d'affichage des écoles et sur le site de la commune de Ressons le Long.

✚ Souhaite recevoir des informations sur mon adresse internet et/ou téléphone portable*

oui non

ASSURANCE : (joindre l'attestation pour 2017/2018)

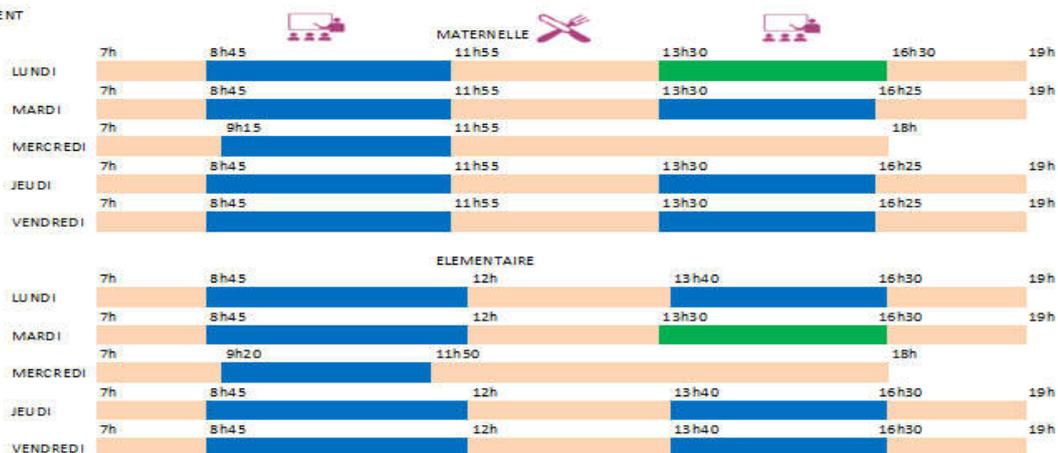
L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.

Nom et adresse de la compagnie :

*Cocher la réponse souhaitée

PLANNING DES TEMPS SCOLAIRES ET PERISCOLAIRES

ACCUEIL
ENSEIGNEMENT
NAP/APC



Renseignements sanitaires

Fiche sanitaire de liaison : en annexe
(Joindre obligatoirement les photocopies des vaccins du carnet de santé)

Médecin traitant

Nom : Tél. :

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom : M/Mme*

Nom : M/Mme*

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Personnel
Tél. :
Portable :
Mél. :

Personnel
Tél. :
Portable :
Mél. :

Professionnel
Tél. :
Portable :
Mél. :

Professionnel
Tél. :
Portable :
Mél. :

*Rayer la mention inutile

Les informations demandées ci-dessus seront utilisées par les services municipaux pour la constitution de votre dossier administratif. En cas d'accident, et sauf mention contraire, votre enfant sera transporté au CH de Soissons.

Les données collectées ont pour but l'organisation et la gestion de l'Accueil de loisirs. Elles ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « Informatique et libertés » n° 78-17 du 06-01-78, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant. Pour tout renseignement, merci d'adresser un courrier impersonnellement au maire de Ressons le Long.

Si vous ne souhaitez pas que le service enfance ait accès à votre quotient familial via CAFPRO, merci de cochez ici

Mon enfant..... fréquentera		Classe :
La restauration scolaire :		
LUNDI	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	JEUDI <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
MARDI	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	 VENDREDI <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
MERCREDI	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
 L'enfant présente des allergies alimentaires : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui, un projet d'accueil individualisé (PAI) doit être mis en place (<i>fournir une copie du PAI</i>)		
Les Nouvelles Activités Périscolaires (NAP/APC) :		
CYCLE 1 :	LUNDI <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
CYCLES 2 et 3 :	MARDI <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Mon enfant ne participe pas au NAP/APC (je viendrai le chercher à midi)*		
J'autorise mon enfant de plus de 7 ans à rentrer seul à la fin des activités <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non **		
L'accueil périscolaire : matin (à partir de 7h)		
LUNDI	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	JEUDI <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
MARDI	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	 VENDREDI <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
MERCREDI	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
L'accueil périscolaire : soir (jusque 19h)		
LUNDI	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	JEUDI <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
MARDI	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	 VENDREDI <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
MERCREDI	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (jusque 18h)	



Souhaitez-vous le prélèvement automatique ? oui non

(Si oui, merci de transmettre un RIB au format IBAN ainsi que l'autorisation de prélèvement)

Je (nous) certifie (certifions) sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements donnés ci-dessus et m'engage (nous engageons) à informer immédiatement la commune de Ressons le Long de tout changement.

J'autorise les services municipaux, les responsables des activités ou les prestataires mandatés par la commune de Ressons le Long à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence pour mon enfant.

Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques éventuellement avancés par la commune de Ressons le Long en raison des soins engagés.

J'atteste sur l'honneur avoir l'accord du deuxième parent de l'enfant (ayant l'autorité parentale) pour inscrire l'enfant aux services gérés par le service enfance de la commune de Ressons le Long.

Je décharge la commune de Ressons le Long de toutes les responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures et des lieux d'accueil.

J'accepte de figurer sur une liste de diffusion d'informations par mél ou sms avec possibilité de me désinscrire par courrier, téléphone ou mél : enfance.ressonslelong@orange.fr.

*Seules les personnes autorisées, inscrites dans le dossier, pourront récupérer l'enfant.

** dans la négative, il sera placé d'office à l'accueil de loisirs et facturé selon les tarifs en vigueur.

Le(s) représentant(s) légal(aux)	Fait à	
La Directrice de l'école	Fait à Ressons-le-Long	
----- Ce document doit être retourné par la Directrice au Secrétariat dans les meilleurs délais -----		
Le Maire	Fait à Ressons-le-Long	