

Date de dépôt : ..... Par.....

N° Allocataire : .....

Date de saisie : ..... Par.....

QF : .....

MAJ le : .....

## Dossier d'inscription

☞ Accueil du matin – Restauration - N.A.P. - Accueil du soir - Mercredi - ALSH

Année scolaire 2017 - 2018 (du 04/09/2017 au 31/08/2018)

### Dossier à retourner impérativement pour le vendredi 23 juin 2017

en Mairie ou Mairie Annexe de Maxéville - Pôle éducatif et Services aux habitants

☞ Passé ce délai, votre enfant ne pourra pas être inscrit aux différents services.

Pour tout renseignement : 03 83 32 30 00 ou www.mairie-maxeville.fr

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE PRIS EN COMPTE.**

**NOM de l'enfant :** .....

**École :** .....

**Prénom de l'enfant :** .....

**Classe :** .....

**Date de naissance :** ... / ... / ...

F

G

## Responsables de l'enfant

### Responsable légal

père  mère  tuteur  autre: .....

NOM: .....

Prénom: .....

Adresse: .....

Code postal: ..... Ville: .....

Courriel: .....

Téléphone domicile: .....

Téléphone portable: .....

Téléphone prof.: .....

Employeur : .....

N° sécurité sociale: .....

Sté d'assurance : .....N° contrat : .....

Attestation à fournir dès réception pour l'année 2017-2018

### Responsable légal

père  mère  tuteur  autre: .....

NOM: .....

Prénom: .....

Adresse: .....

Code postal: ..... Ville: .....

Courriel: .....

Téléphone domicile: .....

Téléphone portable: .....

Téléphone prof.: .....

Employeur : .....

N° sécurité sociale: .....

Sté d'assurance : .....N° contrat : .....

Attestation à fournir dès réception pour l'année 2017-2018

### Situation Familiale :

Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Célibataire  Autre.....

### En cas de séparation, mode de garde :

Conjointe  Exclusive\*  Alternée\*  Autre\*.....

## PERSONNE À CONTACTER (en cas d'absence des parents)

Les personnes mentionnées ci-dessous sont autorisées à venir chercher mon enfant :

**Personne(s) âgée(s) d'au moins 18 ans** (une pièce d'identité pourra être demandée par les animateurs).

• Nom et prénom: ..... Téléphone: ..... Lien de parenté: ..... Âge : .....

• Nom et prénom: ..... Téléphone: ..... Lien de parenté: ..... Âge : .....

• Nom et prénom: ..... Téléphone: ..... Lien de parenté: ..... Âge : .....

## CONDITIONS

Je soussigné(e) ..... Responsable légal(e) de l'enfant .....

J'accepte le règlement de fonctionnement.

J'accepte que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pour un usage non commercial dans le cadre de l'ensemble des activités périscolaires et extrascolaires.

J'autorise mon enfant à utiliser les transports en commun pour les sorties extérieures.

J'autorise la Ville de Maxéville à consulter mon quotient familial depuis le site de la CAF grâce à mon numéro d'allocataire

Fait à Maxéville, le

/ /

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »:

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## Année 2017-2018

### INSCRIPTION À L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE DU MATIN - *Service Gratuit*

Les enfants sont accueillis à **partir de 7h30** (cocher les cases correspondant aux jours de fréquentation)

Inscription à l'année     LUNDI     MARDI     MERCREDI     JEUDI     VENDREDI

**OU**

**Inscription occasionnelle** : vous devez réserver le service au plus tard **2 jours ouvrés avant la date souhaitée** soit :  
- à la Mairie ou Mairie Annexe au CILM (coupon à compléter sur place) ;  
- sur le Portail Famille, [www.mairie-maxeville.fr](http://www.mairie-maxeville.fr) ;  
- par mail : [periscolaire@mairie-maxeville.fr](mailto:periscolaire@mairie-maxeville.fr).

### INSCRIPTION À LA RESTAURATION (sauf mercredi) - *Service Payant*

Cocher les cases correspondant aux jours de fréquentation :

Inscription à l'année     LUNDI     MARDI     JEUDI     VENDREDI

À compter du : .....

**OU**

**Inscription occasionnelle** : vous devez réserver le service au plus tard **2 jours ouvrés avant la date souhaitée** soit :  
- à la Mairie ou Mairie Annexe au CILM (coupon à compléter sur place) ;  
- sur le Portail Famille, [www.mairie-maxeville.fr](http://www.mairie-maxeville.fr) ;  
- par mail : [periscolaire@mairie-maxeville.fr](mailto:periscolaire@mairie-maxeville.fr).

#### Régime Alimentaire :

Standard     Sans Porc     Sans Viande     PAI\*

\* *Projet d'Accompagnement Individualisé (allergies alimentaires) => contact obligatoire avec le service périscolaire*

### INSCRIPTION MERCREDI - *Service Payant*

Les enfants sont accueillis soit :

Inscription à l'année     Fin de classe jusqu'à 12h15  
 Fin de classe jusqu'à 12h15 + Repas + Mercredi Récréatif \*  
 Mercredi Récréatif\*\* uniquement

**OU**

**Inscription occasionnelle** : vous devez réserver le service au plus tard **2 jours ouvrés avant la date souhaitée** soit :  
- à la Mairie ou Mairie Annexe au CILM (coupon à compléter sur place) ;  
- sur le Portail Famille, [www.mairie-maxeville.fr](http://www.mairie-maxeville.fr) ;  
- par mail : [periscolaire@mairie-maxeville.fr](mailto:periscolaire@mairie-maxeville.fr).

\* *La réservation du repas du mercredi inclut obligatoirement le mercredi récréatif, les services sont indissociables.*

### INSCRIPTION N.A.P. - *Service Gratuit*

**Maternelle** : (les enfants nés en 2015 ne peuvent pas y participer)

De 15h50 à 16h30

LUNDI     MARDI     JEUDI     VENDREDI

Dès la rentrée scolaire    **OU**     À compter du : ..... (voir règlement de fonctionnement (Article 3) pour inscription en cours d'année)

*Sortie des enfants : merci de vous référer à l'article 3 du règlement de fonctionnement*

**Élémentaire A. Vautrin et St Exupéry** :

De 15h30 à 16h30

LUNDI     JEUDI     VENDREDI

**Élémentaire Jules Romains** :

De 15h00 à 16h30

MARDI     VENDREDI

### INSCRIPTION À L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE DU SOIR - *Service Payant*

Les enfants sont accueillis **de 16h30 à 18h30** (cocher les cases correspondant aux jours de fréquentation)

Inscription à l'année     LUNDI     MARDI     JEUDI     VENDREDI

**OU**

**Inscription occasionnelle** : vous devez réserver le service au plus tard **2 jours ouvrés avant la date souhaitée** soit :  
- à la Mairie ou Mairie Annexe au CILM (coupon à compléter sur place) ;  
- sur le Portail Famille, [www.mairie-maxeville.fr](http://www.mairie-maxeville.fr) ;  
- par mail : [periscolaire@mairie-maxeville.fr](mailto:periscolaire@mairie-maxeville.fr).

**Sortie des enfants : merci de vous référer à l'article 2.6 du règlement de fonctionnement.**

 **Si l'enfant n'est pas inscrit aux NAP, il ne pourra pas bénéficier de l'accueil du soir.**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

### DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCCG					

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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

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 :

[Signature box]

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

**OBSERVATIONS**

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