



FICHE RENSEIGNEMENT
Fiche valable pour tous les services pour l'année

MAISON DE L'ENFANT

Année scolaire **2019-2020**

Ecole _____

Classe _____

Photo :



NOM Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ---/---/--- lieu de naissance : _____

Sexe : M F

NOM Prénom (responsable légal) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél. fixe : _____

Mail _____ @ _____

Employeur père : _____ Employeur mère : _____

Tél. portable : _____ Tél. portable : _____

Tél. professionnel : _____ Tél. professionnel : _____

N° de sécurité sociale : _____ CAF de : _____ N° all. CAF : _____

Quotient 2019 : _____ € ATL : 1 2 ALL AUTRES _____

(Attestation Quotient Familial à joindre)

Autre(s) personne(s) à contacter en cas de besoin et qui peut (peuvent) venir chercher l'enfant :

Nom, Prénom : _____ Nom, Prénom : _____

Lien de parenté : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone : _____ Téléphone : _____

Coordonnées du payeur si différent du responsable légal :

NOM Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél. fixe : _____

Mail _____ @ _____

FICHE SANITAIRE

Vaccin obligatoire DT Polio : oui non
(Photocopie des vaccinations jointe) Date du dernier rappel : -----

L'enfant sait-il nager ? : oui non

L'enfant suit-il un traitement ? : oui non

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant un des accueils, joindre une ordonnance à jour et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

Allergies :

- ASTHME	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- ALIMENTAIRE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- MEDICAMENTEUSE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- AUTRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....

.....

Mettre en place un protocole si nécessaire OUI NON

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...

Préciser les dates et précautions à prendre

.....

.....

Information particulière :

.....

.....

FICHE INSCRIPTION

RESTAURATION SCOLAIRE

Formules d'inscription :

- Formule 1 le mois complet à compter du __/__/__
- Formule 2 une semaine sur deux : paire impaire à compter du __/__/__
- Formule 3 jours à déterminer lundi mardi jeudi ou vendredi
À compter du __/__/__
- Formule 4 planning (à fournir obligatoirement une semaine avant chaque fin de mois)

Repas sans porc
Repas sans viande

Pour toutes autres demandes *occasionnelles*, la prise en charge se fera en fonction des places disponibles par jour sur la semaine scolaire.

ACCUEILS PERISCOLAIRES

Matins : 7H30 à 8H20 (accueil jusqu'à 8h)

- Tous les jours (lundi, mardi, Mercredi, jeudi, vendredi)
- Les jours suivants : Lundi Mardi
Jeudi Vendredi
- Une semaine sur 2 : paire impaire

À compter du __/__/__

Soirées : 16H20 à 18H00

- Tous les jours (lundi, mardi, jeudi, vendredi)
- Les jours suivants : lundi mardi
Jeudi vendredi
- Une semaine sur 2 : paire impaire

À compter du __/__/__

Ne pas oublier de remplir la fiche de renseignements pour le bus si votre enfant est inscrit le matin ou le soir.

ACCUEIL DE LOISIRS

Mercredis

- Accueil du matin (7H30 – 9H)
- Journée avec repas (9H – 17H)
- Journée sans repas (9H - 12H / 13H30 - 17H)
- Départ échelonné (12H – 12H30)
- Matin + Repas (9H – 14H)
- Repas + Après midi (11H30 – 17H) A compter du : __ / __ / __
- Semaine paire ou semaine impaire
- Planning (à fournir 1 semaine avant chaque fin de mois)
- Accueil du soir (17H – 18H)

ENGAGEMENT

Je soussigné(e),responsable de l'enfant.....

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- autorise le responsable de la Maison de l'Enfant à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant,
- autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par la Maison de l'Enfant et à être pris en photo lors de ces activités.
- autorise mon enfant à rentrer seul : OUI NON
- **En l'absence de justificatif CAF au moment de la facturation, le tarif non allocataire sera automatiquement appliqué.** Les bons d'aides (C.E, commune...) sont pris en compte uniquement s'ils sont communiqués avant la facturation.
- Les règlements mensuels sont à effectuer le mois suivant la réception de la facture au Trésor Public de Delle. Après un rappel et un commandement (à vos frais) du Trésor Public, le Maire peut suspendre l'inscription de votre enfant à la Maison de l'Enfant jusqu'au règlement des factures.
- Un comportement, une attitude, des propos incompatibles avec la vie en collectivité pourront motiver une exclusion partielle ou définitive de mon (mes) enfant (s) de la Maison de l'enfant.
- **Les accueils du matin, repas, accueils du soir, journées, demi-journées et sorties sont à commander 48 heures à l'avance (jours ouvrés jeudi 12h pour lundi 12h), Si non décommandés 48 heures à l'avance (jours ouvrés jeudi 12h pour lundi 12h), l'absence est sera facturée (sauf sur présentation d'un certificat médical dans les 48h qui suivent l'absence).**

DATE :

SIGNATURE :