



DOSSIER D'INSCRIPTION

Services périscolaires 2021 / 2022

Du R.P.I Charmoy / Epineau les Voves

Cadre réservé à l'administration
 Nom et prénoms des enfants :

 Date de réception :

FOYER OU VIT L'ENFANT ou LES ENFANTS :

Père : <input type="checkbox"/> Mère : <input type="checkbox"/> Beau-père : <input type="checkbox"/> Belle-mère : <input type="checkbox"/> Autre à préciser : Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Date de naissance : Lieu de naissance : Adresse : Code Postal / Ville : Mail : Tél : Profession : Employeur : Adresse employeur : N° de tél professionnel : Sans emploi : <input type="checkbox"/> Parent au foyer : <input type="checkbox"/>	Père : <input type="checkbox"/> Mère : <input type="checkbox"/> Beau-père : <input type="checkbox"/> Belle-mère : <input type="checkbox"/> Autre à préciser : Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Date de naissance : Lieu de naissance : Adresse : Code Postal / Ville : Mail : Tél : Profession : Employeur : Adresse employeur : N° de tél professionnel : Sans emploi : <input type="checkbox"/> Parent au foyer : <input type="checkbox"/>
--	--

Situation familiale actuelle :

Marié (e) Pacsé (e) Union Libre Divorcé (e) Séparé (e) Veuf (ve)

En cas de séparation : Garde principale chez : ou Garde alternée

N° d'allocataire C.A.F / M.S.A : au nom de :

En cas de séparation ou de divorce, merci d'indiquer les coordonnées de l'autre parent :

Nom : Prénom :
 Nom de jeune fille :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Adresse : Code Postal / Ville :
 Mail : Tél :
 Profession : Employeur :
 Adresse employeur :
 N° de tél professionnel :
 Sans emploi : Parent au foyer :

1^{er} ENFANT :

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Sexe : masculin féminin
 Ecole : maternelle primaire Classe :
 Médecin traitant : Téléphone (facultatif) :

	Date de début de fréquentation	Lundi*	Mardi*	Jeudi*	Vendredi*	Occasionnel*
Accueil du matin						
Restauration scolaire						
Centre de loisirs du soir						

*Cochez les jours de fréquentation

Allergie alimentaire : oui (*certificat médical à fournir*) non
 Type de repas : classique sans porc sans viande (pas de plat de substitution)

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
Oui									
Non									

ALLERGIES Asthme oui non
 Médicamenteuses oui non
 Alimentaires oui non

Si autres, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires.... Précisez.

2^{ème} ENFANT :

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Sexe : masculin féminin
 Ecole : maternelle primaire Classe :
 Médecin traitant : Téléphone (facultatif) :

	Date de début de fréquentation	Lundi*	Mardi*	Jeudi*	Vendredi*	Occasionnel*
Accueil du matin						
Restauration scolaire						
Centre de loisirs du soir						

*Cochez les jours de fréquentation

Allergie alimentaire : oui (*certificat médical à fournir*) non
 Type de repas : classique sans porc sans viande (pas de plat de substitution)

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
Oui									
Non									

ALLERGIES Asthme oui non
Médicamenteuses oui non
Alimentaires oui non

Si autres, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires.... Précisez.

PERSONNES A CONTACTER et / ou AUTORISEES A VENIR CHERCHER LES ENFANTS :

Nom : Prénom :
Lien avec l'enfant : N° de téléphone :
A prévenir en cas d'accident : Autorisé à récupérer l'enfant :

Nom : Prénom :
Lien avec l'enfant : N° de téléphone :
A prévenir en cas d'accident : Autorisé à récupérer l'enfant :

Nom : Prénom :
Lien avec l'enfant : N° de téléphone :
A prévenir en cas d'accident : Autorisé à récupérer l'enfant :

Nom : Prénom :
Lien avec l'enfant : N° de téléphone :
A prévenir en cas d'accident : Autorisé à récupérer l'enfant :

SIGNATURES

Je soussigné(e) responsable légal de (indiquer le nom de ou des enfant(s)) :

- autorise les services périscolaires du R.P.I Charmoy/ Epineau Les Voves à diffuser les vidéos et photos de mon enfants sans contrepartie de quelque nature que ce soit.
- certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur la demande.
- atteste avoir pris connaissance du règlement et des obligations que celui-ci implique. Le non-respect de ce règlement entraînera la radiation.
- autorise le personnel des services périscolaire à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident (pompiers, samu, intervention chirurgicale...)
- autorise mon enfant à effectuer les déplacements avec les animateurs, (à pied, si besoin) pour aller pratiquer une activité sportive ou de loisir.
- m'engage à signaler tous changement en cours d'année concernant ma situation familiale.

Fait à, le

Signature :

En cas de refus, merci de préciser les restrictions :

.....
.....

PIECES A FOURNIR

- Un attestation CAF ou MSA du mois en cours (sans ce document, le tarif maximum sera appliqué)
- Une photocopie du carnet de santé (vaccins, si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indications).

En cas de séparation ou de divorce :

- Tout document relatif à la garde ou à l'exercice de l'autorité parentale

***TOUT DOSSIER INCOMPLET
NE POURRA PAS ETRE ACCEPTE.***

En cas de renouvellement d'inscription, les familles qui n'auraient pas réglé l'intégralité des factures de l'année 2020/2021, au plus tard le 31 juillet 2021, se verront refuser l'accès aux services d'accueil périscolaire et de restauration scolaire.

En cas de manque de places disponibles, la priorité sera donnée aux enfants préinscrits et ceux dont les deux parents travaillent.