

INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE

Mairie - 4, rue de la Boule d'Or
- 44150 Vair sur Loire
☎ 02.40.98.07.86
s.lerieau@vairsurloire.fr

ANNEE SCOLAIRE : 2016 / 2017

NOM du ou des enfants

Nom - prénom de l'enfant	Date de naissance	Ecole fréquentée	Classe à la rentrée

Domicile de la FAMILLE :

- Adresse :

- Tél :

Nom /prénom du Père :

- Portable personnel :

- Tél Professionnel :

- Adresse si différente de l'enfant :

- Adresse mail :

Nom /prénom de la Mère :

- Portable personnel :

- Tél Professionnel :

- Adresse si différente de l'enfant :

- Adresse mail :

Représentant CAF : MÈRE PÈRE

N° d'allocataire CAF :

Ou MSA ou Autre :

Destinataire de la facture : MÈRE PÈRE Autre o à préciser

Autorité parentale : MERE PERE

Autre parent autorisé : OUI NON

Nom(s) :

.....

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER POUR L'INSCRIPTION

- Photocopie justificatif CAF/MSA/AUTRE (Montant du quotient familiale)**
- **Carnet de santé du ou des enfants (Photocopie des vaccins)**
 - **Attestation d'assurance responsabilité civile, scolaire ou extra scolaire pourra être fournie à la rentrée scolaire**
 - **1 Fiche sanitaire dûment remplie par enfant**

ENGAGEMENT DES PARENTS

Le(s) soussigné(s), après avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement :

- s'engage à payer les factures
- s'engage à respecter les horaires de l'accueil périscolaire
- autorise la Commune à prendre toutes les mesures d'ordre médical ou chirurgical en cas d'accident
- certifie avoir souscrit pour l'enfant une assurance responsabilité civile et accidents
- certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur, des horaires et y souscrit

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus et m'engage à signaler à la Commune de Vair sur Loire tout changement dans la situation de la famille au cours de l'année scolaire.

En application de la loi du 06/01/1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous êtes informés que :

- les seuls destinataires de ces informations sont les services concernés de la commune de Vair sur Loire

Vair sur Loire, le _____

"lu et approuvé" à écrire de manière manuscrite
La mère, le père ou le tuteur (signature)

INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE MATIN ET SOIR

Année 2015 - 2016

Horaires de fonctionnement

De 7h05 à 8h40 et de 15h30 à 18h45 les lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi en période scolaire

Nom et prénom de(s) l'enfant(s) : _____

Tél. du ou des parent(s) : _____

Ecole : _____ Classe : _____

Présences à l'année :

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
Heure d'arrivée le matin					
Heure de départ le soir					

Présences selon planning, occasionnelles ou exceptionnelles :

Cochez les cases correspondantes

Date	Semaine N°		
	matin	pt déj.	soir
lundi			
mardi			
mercredi			
jeudi			
vendredi			

Date	Semaine N°		
	matin	pt déj.	soir
lundi			
mardi			
mercredi			
jeudi			
vendredi			

Date	Semaine N°		
	matin	pt déj.	soir
lundi			
mardi			
mercredi			
jeudi			
vendredi			

Date	Semaine N°		
	matin	pt déj.	soir
lundi			
mardi			
mercredi			
jeudi			
vendredi			

Signature des parents :

Code de l'action sociale et des familles
Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
 Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant : fille garçon Date de naissance : _____
 Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Mail : _____

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	5 0 6	Dernier rappel	Vaccins recommandés	5 0 6	Date
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Autres (préciser)		
ou Tétracoq					
B.C.G.					

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

Attention : aucun médicament ne pourra être administré.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
 alimentaires oui non autres oui non

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

Préciser si régime alimentaire spécifique : _____

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____

V - Personnes à prévenir (autre que les parents) en cas d'urgence :

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Portable

Nom adresse et tél. du médecin traitant

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.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : _____

Date : _____

INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE MERCREDI APRES MIDI
Année 2015 - 2016

Les enfants pourront :

--Déjeuner puis participer aux activités proposées de 12h à 16h30 minimum et jusqu'à 18h30.

Nom et prénom de(s) l'enfant(s) : _____

Tél. du ou des parent(s) : _____

Ecole : _____ Classe : _____

Coefficient Familiale :

Tranche CAF :

Présences à l'année :

Mercredi De 12h à 16h30	
Nom	prénom

Présences selon planning, occasionnelles ou exceptionnelles :

	De 12h à 16h30
Mercredi 7	
Mercredi 14	
Mercredi 21	
Mercredi 28	

	De 12h à 16h30
Mercredi 5	
Mercredi 12	
Mercredi 19	

Se mettre en lien avec l'accueil périscolaire pour la transmission définitive des plannings précis qui devront être transmis par écrit soit en les déposant à l'accueil périscolaire ou par mail : s.lerieau@vairsurloire.fr

Signature des parents

PLANNING DES PRESENCES DES ENFANTS

Accueil Gratuit du Mercredi midi

De 12h à 12h30

Tél : 02 40 98 07 86

Nom et prénom de(s) l'enfant(s) _____

Ecole _____ Classe _____

Tél. des parents _____

Cochez les cases correspondantes

Semaine N°36		
Inscriptions		
Date	OUI	NON
Mercredi 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semaine N°40		
Inscriptions		
Date	OUI	NON
Mercredi 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semaine N°37		
Inscriptions		
Date	OUI	NON
Mercredi 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semaine N°41		
Inscriptions		
Date	OUI	NON
Mercredi 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semaine N°38		
Inscriptions		
Date	OUI	NON
Mercredi 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semaine N°42		
Inscriptions		
Date	OUI	NON
Mercredi 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semaine N°39		
Inscriptions		
Date	OUI	NON
Mercredi 28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les enfants seront encadrés par du personnel communal mais il n'y aura pas d'activités de mise en place durant ce temps

Vous pourrez venir chercher vos enfants entre 12h et 12h30 maximum à l'accueil périscolaire

Signature des parents :

TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES DE VAIR SUR LOIRE - SAINT HERBLON

Lundi, Mardi, Jeudi 15h30-16h30 et Vendredi 15h15-16h30 (Chêne Vert)

Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi 15h30-16h30 (Saint Joseph)

Pour tout changement Tél : 02 40 98 07 86 ou mail :

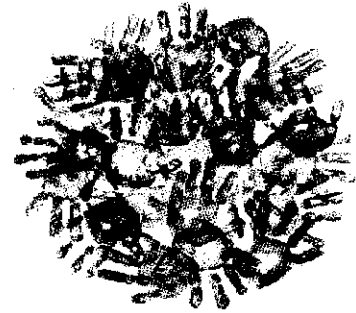
PLANNING DES PRESENCES DES ENFANTS DE SEPTEMBRE A OCTOBRE

Maternelles et Primaires

Nom(s) et prénom(s) de(s) l'enfant(s) _____

Ecole _____ Classe _____

Tél. des parents _____



Semaine 35		
Dates	OUI	NON
Jeudi 1		
Vendredi 2		

Semaine 40		
Dates	OUI	NON
Lundi 3		
Mardi 4		
Jeudi 6		
Vendredi 7		

Semaine 36		
Date	OUI	NON
Lundi 5		
Mardi 6		
Jeudi 8		
Vendredi 9		

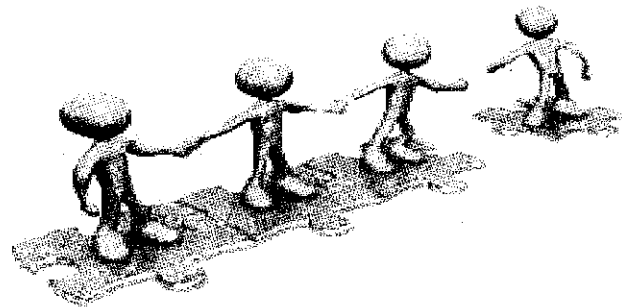
Semaine 41		
Date	OUI	NON
Lundi 10		
Mardi 11		
Jeudi 13		
Vendredi 14		

Semaine 37		
Date	OUI	NON
Lundi 12		
Mardi 13		
Jeudi 15		
Vendredi 16		

Semaine 42		
Date	OUI	NON
Lundi 17		
Mardi 18		

Semaine 38		
Date	OUI	NON
Lundi 19		
Mardi 20		
Jeudi 22		
Vendredi 23		

Semaine 39		
Date	OUI	NON
Lundi 26		
Mardi 27		
Jeudi 29		
Vendredi 30		



Tout au long de la semaine
Des créations multiples divers et variés,
Des jeux de société et des jeux extérieurs
Mais aussi des moments de détente,
Conviviaux et de partage ensemble.

Merci de bien vouloir retourner impérativement la fiche d'inscription avant le Mardi 12 Juillet à l'accueil périscolaire ou dans la boîte aux lettres prévues à cet effet.

Signature des parents :

Animation TAP (Temps d'Activités Péri éducatifs)

DECHARGE PARENTALE :

Je soussigné _____,

Parents de l'enfant _____,

l'autorise à rentrer seul(e) à son domicile après la fin des taps (quelque soit le lieu de l'animation : école, accueil périscolaire,.....).

Fait à Vair sur Loire, le _____

Signature

(à déposer dans la boîte aux lettres périscolaire ou à l'accueil périscolaire)

Animation TAP (Temps d'Activités Péri éducatifs)

DECHARGE PARENTALE :

Je soussigné _____,

Parents de l'enfant _____,

l'autorise à rentrer seul(e) à son domicile après la fin des taps (quelque soit le lieu de l'animation salle du prieuré, espace jeunes, salle de sport, accueil périscolaire,.....).

Fait à Vair sur Loire, le _____

Signature

(à déposer dans la boîte aux lettres périscolaire ou à l'accueil périscolaire)

FICHE DE LIAISON

A FOURNIR POUR RESERVATION OU ANNULATION
REPAS / ACCUEIL DU MERCREDI APRES MIDI

(A déposer dans la boîte aux lettres de l'accueil Périscolaire)

NOM	
PRENOM	
Classe	
Mois concerné	
JOURS A AJOUTER	
JOURS A ANNULER	
SIGNEZ	
DATEZ	

Petit rappel : Pour réservation occasionnelle :

Avertir avant 9h00 le Vendredi pour le Mercredi suivant.

Tél : 02 40 98 07 86 ou par mail : s.lerieau@vairsurloire.fr

FICHE DE LIAISON
A FOURNIR POUR RESERVATION OU ANNULATION
ACCUEIL DU MERCREDI APRES MIDI
(A déposer dans la boîte aux lettres de l'accueil Périscolaire)
ECOLE « DU CHÊNE VERT »

NOM	
PRENOM	
Classe	
Mois concerné	
JOURS A AJOUTER	
JOURS A ANNULER	
SIGNEZ	
DATEZ	

Peit rappel : Pour réservation occasionnelle :
Avertir avant 9h00 le Vendredi pour le Mercredi suivant.

Tél : 02 40 98 07 86 ou par mail : s.leriveau@vairsurloire.fr