

Les responsables légaux



Pour que votre dossier soit traité, vous devez nécessairement :

1 Retourner ce dossier complet avec

☐ photocopie livret de famille (pages parents et enfants)☐ photocopie du carnet de vaccinations☐ photocopie attestation CAF

☐ attestation d'assurance extra-scolaire 2017/2018

2 Être à jour de facturation



Renseignements obligatoires

□ Père

Nom :

Prénom : _____

Né(e) le

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

 à _____

Adresse complète : _____

CP : | | | | | Ville : _____

Téléphone fixe : | | || | || | || | | | |

Téléphone mobile : | | || | || | || | | |

N° allocataire CAF / MSA : _____
joindre photocopie attestation CAF

Profession : _____

Téléphone fixe : | | || | || | || | |

Nom et adresse employeur : _____

Adresse mail :

☐ Mère

☐ Tuteur

Nom :

Prénom : _____

Né(e) le

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

 à _____

Adresse complète : _____

CP : | | | | | Ville : _____

Téléphone fixe : | | || | || | || | || |

Téléphone mobile : | | || | || | |||| |

N° allocataire CAF / MSA : _____
joindre photocopie attestation CAF

Profession : _____

Téléphone fixe : | | || | || | ||| | |

Nom et adresse employeur : _____

Adresse mail :

Situation familiale

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Vie mariatale ☐ Veuf(ve) ☐ Enfant placé

T.S.V.P. ->

Personne(s) autorisée(s) à prendre votre enfant

	Nom	Prénom	Tél.	Lien de parenté
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____

Personne(s) autorisée(s) à contacter en cas d'urgence autre que parents

	Nom	Prénom	Tél.	Lien de parenté
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____

Autorisations

Je soussigné(e), _____ père, mère ou tuteur de _____
autorise le responsable à donner tous les soins et/ou interventions nécessités, de façon urgente, pour l'état
de santé de mon (mes) enfant(s).

- ☐ J'accepte que mes coordonnées soient utilisées par la Ville de Pia pour recevoir des informations.
Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à vous informer. Conformément à
la loi «informatique et libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous
concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au service communication de la mairie de Pia. Vous pou-
vez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.
- ☐ Des photos des enfants pourront éventuellement être prises et publiées dans le cadre du bulletin municipi-
pal et/ou du site internet ville de Pia.
La signature de ce dossier d'inscription vaut accord des parents quand à leurs modalités de diffusion précitées dans
autre contestation ou réclamation relevant du droit à l'image. Si vous ne souhaitez pas ce droit à l'image cochez ici
- ☐ Je souhaite payer la Cantine par prélèvement automatique mensuel
- prélèvement déjà effectué l'année passée ☐
- si premier prélèvement remplir le mandat SEPA téléchargeable sur le site pia.fr ou directement
en mairie au service des Affaires scolaires.
- ☐ Je déclare avoir pris connaissance du règlement de Service des Accueils de Loisirs et de la Restauration
Scolaire disponible en mairie et consultable sur le site de la ville pia.fr. Je m'engage à respecter ce(s) règlement(s). Il
appartient aux parents d'informer et d'expliquer à leurs enfants les règles de bonne conduite en collectivité, ainsi que
le respect dû aux camarades et personnel municipal.

Fait à Pia le :

--	--	--

 /

--	--	--

 /

--	--	--	--	--

Signature

--

L'enfant

Une fiche par enfant / Renseignements obligatoires

Coller ici
Photo d'identité

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le / / à _____

> Maternelle :

- ☐ École Marie Curie
☐ École François Mitterrand

Classe :

- ☐ Petite section ☐ Moyenne section ☐ Grande section

Nom de l'enseignant.e :

> Primaire :

- ☐ École Louis Torcatis
☐ École François Mitterrand

Classe :

- ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2

Nom de l'enseignant.e :

PLANNING HEBDOMADAIRE D'UTILISATION DES SERVICES PAR VOTRE ENFANT

Pendant les jours d'école

• Accueil de Loisirs

Associé à l'École (ALAE)

☐ Oui, complétez ci à côté

☐ Non

☐ si Présence régulière, précisez

☐ Lundi

☐ Matin

☐ 16h45 - 17h00
(temps gratuit)

☐ 17h00 - 18h30
(temps payant)

☐ Mardi

☐ Matin

☐ 16h45 - 17h00
(temps gratuit)

☐ 17h00 - 18h30
(temps payant)

☐ Jeudi

☐ Matin

☐ 16h45 - 17h00
(temps gratuit)

☐ 17h00 - 18h30
(temps payant)

☐ Vendredi

☐ Matin

☐ 16h45 - 17h00
(temps gratuit)

☐ 17h00 - 18h30
(temps payant)

☐ Présence occasionnelle (à savoir pas tous les jours et pas toute l'année), venir en mairie au service des affaires scolaires

• Cantine ☐ Oui ☐ Non

Si oui complétez ci-dessous et à côté

Repas «standard» ☐ Oui

Repas sans viande ☐ Oui

Repas sans porc ☐ Oui

Repas allergies alimentaires voir page suivante

☐ Présence régulière précisez

☐ Lundi

☐ Mardi

☐ Jeudi

☐ Vendredi

☐ Présence occasionnelle (à savoir pas tous les jours et pas toute l'année) : vous vous engagez à envoyer le planning au moins 10 jours ouvrés à l'avance.

Rappel : l'annulation d'une réservation est possible jusqu'à 48h avant la date effective de la prestation. Message d'annulation à envoyer par mail à affaresscolaires@pia.fr

Les mercredis et pendant les vacances (ALSH)

Fréquentation de votre enfant à l'accueil de loisirs sans hébergement ☐ Oui ☐ Non

Si oui, inscription obligatoirement en mairie avec votre N°CAF/MSA et quotient familial

• pour inscrire votre enfant les mercredis : inscription par période **EXCLUSIVEMENT** en mairie auprès du service des Affaires Scolaires.

- > En août pour la période septembre, octobre,
- > En octobre pour la période novembre, décembre,
- > En décembre pour la période janvier, février,
- > En mars pour la période avril, mai,
- > En mai pour la période juin, juillet.

• pour inscrire votre enfant **pendant les vacances**, inscription **EXCLUSIVEMENT** en mairie 15 jours avant le début des vacances.

**ATTENTION ! NOUVEAU MODE D'INSCRIPTION
POUR ALSH INSCRIPTION UNIQUEMENT EN MAIRIE**

T.S.V.P. ->

Fiche sanitaire

Médecin traitant

Nom : _____ Tél. : _____

Vaccinations Se référer au carnet de santé et 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	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : Joindre obligatoirement les photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé

Renseignements médicaux concernant l'enfant

• L'enfant suit-il un traitement médical ou souffre-t-il d'une maladie chronique (ou handicap) pendant sa présence aux Temps d'Activités Périscolaires ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, prendre obligatoirement contact avec Dominique Ruiz, coordinateur enfance et jeunesse de la Ville.

• À titre indicatif, l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

• Allergies : Asthme ☐ Oui ☐ Non Médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non Alimentaires ☐ Oui ☐ Non

• Autres, préciser : _____

• Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre : _____

Informations complémentaires (obligatoires)

Votre enfant porte-t-il : Des lunettes ? ☐ Oui ☐ Non Des prothèses auditives ? ☐ Oui ☐ Non

Je soussignée, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements

portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Signature

Fait à Pia le : / / 2017