



**INSCRIPTION  
AU SERVICES PERISCOLAIRES**

**L'inscription (gratuite) aux services périscolaires de la mairie de Plaimpied-Givaudins est indispensable pour la participation de votre (ou vos) enfant(s) à :**

- ☞ **La restauration scolaire**
- ☞ **L'accueil périscolaire**
- ☞ **L'accueil du mercredi en période scolaire**
- ☞ **L'accueil de loisirs aux petites vacances**

**Vous trouverez dans ce dossier les documents nécessaires pour cette inscription.**

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
7h15	Accueil périscolaire			
8h20				
8h30	Accueil des élèves / ouverture des classes			
	Enseignements			
11h30	Pause méridienne			
13h20	Accueil des élèves / ouverture des classes			
13h30				
	Enseignements			
16h30	Accueil périscolaire			
18h30				

	MERCREDI SEMAINE SCOLAIRE/ ACCUEIL DE LOISIRS PETITES VACANCES
7h15	Garderie
8h30	
	Accueil de loisirs
12h15	Repas accueil de loisirs
13h30	Accueil de loisirs
16h30	Garderie
18h30	

**Pour tout renseignement, s'adresser en mairie  
Tél : 02.48.50.88.60**

## FICHE FAMILIALE D'INSCRIPTION

### Responsables légaux :

Nom Prénom.....  
 Adresse.....  
 Tél domicile et/ou portable.....  
 Adresse mail .....  
 (Pour l'envoi informations des services)

Profession du père.....Employeur.....Tél.....  
 Profession de la mère.....Employeur.....Tél.....  
 Prestations familiales versées par.....N° Allocataire.....

### Enfants inscrits :

Nom	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....
Date de naissance	.....	.....	.....
Classe	.....	.....	.....

### Personnes autorisées à reprendre les enfants :

(Pensez à notifier aux services lorsque les autorisations changent)

Nom	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....

Je, soussigné(e),....., responsable des enfants désignés sur cette fiche,

- Déclare inscrire mes enfants au Service Enfance et Jeunesse de Plaimpied-Givaudins (dont j'ai pris connaissance des conditions générales de fonctionnement)
- L'autorise à participer à toutes les activités organisées sauf celle(s) contre indiquée(s) et justifiée(s) par un certificat médical,
- Autorise les responsables à prendre les mesures nécessaires dans le cas où l'enfant aurait besoin de soins urgents,
- Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur, accueil périscolaire restauration et accueil de loisirs du mercredi et m'engage à le respecter.
- S'engage à remettre à la rentrée une photocopie de justificatif d'assurance individuelle de votre (vos) enfants.

Fait à ..... Le.....



## Fiche individuelle d'abonnement aux services périscolaires

**1 imprimé par enfant (si ce n'est pas les mêmes inscriptions)**

**Enfant (s):**

**Nom :**

**Prénom(s) :**

**Classe(s) :**

SERVICE	ANNUEL				MENSUEL	HEBDOMADAIRE
Restauration	L	M	J	V		
Accueil soir	L	M	J	V		
Accueil de loisirs du mercredi (repas compris)						
Accueil de loisirs du mercredi matin + repas						
Accueil de loisirs du mercredi matin sans repas						
Accueil de loisirs du mercredi après-midi sans repas						

**Pour l'abonnement annuel, indiquer par une croix sous les jours choisis pour l'année**

**Pour l'abonnement mensuel ou hebdomadaire, mettre une croix en face du service selon l'abonnement choisi. Les jours seront à indiquer sur le bon de commande mensuel ou hebdomadaire correspondant.**

**A NOTER :**

**Pour l'accueil du matin : il n'est pas nécessaire d'inscrire au préalable les enfants. Les enfants sont notés présents dès leur arrivée à l'accueil du matin.**

**Pour les accueils de loisirs aux petites vacances : Des coupons d'inscription spécifiques vous seront transmis en temps voulu.**

**Date et signature :**



**Bon de commande centre de loisirs**

Mairie de Plaimpied-Givaudins

nom prénom :

mois de :

date mercredi	toute la journée avec repas	matin sans repas	matin avec repas	après midi sans repas

oui = commande

non = annulation

date et signature



**Bon de commande centre de loisirs**

Mairie de Plaimpied-Givaudins

nom prénom :

mois de :

date mercredi	toute la journée avec repas	matin sans repas	matin avec repas	après midi sans repas

oui = commande

non = annulation

date et signature



**Bon de commande centre de loisirs**

Mairie de Plaimpied-Givaudins

nom prénom :

mois de :

date mercredi	toute la journée avec repas	matin sans repas	matin avec repas	après midi sans repas

oui = commande

non = annulation

date et signature





**1 - ENFANT**

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARÇON  FILLE

**DATES ET LIEU DE SÉJOUR :**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNI DE SON CARNET DE SANTÉ.

**2 - VACCINATIONS** (en référence au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC :					

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	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE
<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
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
<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 : ASTHME  non  MÉDICAMENTEUSES  OUI  non   
ALIMENTAIRES  OUI  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

**INDIQUEZ CLAIRÉ :**  
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 :**

NOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

**5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SSI).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES**  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
DOCUMENT CONFIDENTIEL  
Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

**NOM DU MINEUR :** .....

**PRENOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** .....

**SEXE :** M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'art. 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

**1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Autres (préciser)	<i>Meningocoque C</i>

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

**2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

**ALLERGIES : ALIMENTAIRES**  oui  non

**MEDICAMENTEUSES**  oui  non

**AUTRES (animaux, plantes, pollen) :**  oui  non

Précisez : .....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

**3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

**4-RESPONSABLES DU MINEUR**

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire, /autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....

