

**FICHE UNIQUE
D'INSCRIPTION
ET DE LIAISON
SERVICES
RESTAURATION,
PERISCOLAIRE,
A.C.M.**

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
 PLANNING
 RESTAURATION SCOLAIRE
 ALSH : MERCREDI VACANCES COPIE
 SAISIE ADMINISTRATIVE
 VERIFICATION DES SERVICES
 DOSSIER COMPLET/A JOUR
 (Cadre réservé à l'administration)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM Prénom :	Date de naissance :	Sexe : M / F
ECOLE :	Maternelle <input type="checkbox"/>	Elémentaire <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/>
	ROQUEVAIRE CENTRE <input type="checkbox"/>	PONT DE L'ETOILE <input type="checkbox"/> LASCOURS <input type="checkbox"/>

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Un responsable au moins, correspondant aux renseignements administratifs

Situation Familiale	<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> PACS	<input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Famille Reconstituée	<input type="checkbox"/> Famille Monoparentale
	<input type="checkbox"/> Garde Alternée	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :			

RESPONSABLE

CONJOINT/RESPONSABLE 2

Nom Prénom:	Nom Prénom:
Adresse:	Adresse:
Complément d'adresse:	Complément d'adresse:
CP Ville:	CP Ville:
☎ Domicile:	☎ Domicile:
☎ Portable:	☎ Portable:
☎ Professionnel:	☎ Professionnel:
Courriel:	Courriel:

AUTRES PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom:	Prénom:	☎:
Nom:	Prénom:	☎:
Nom:	Prénom:	☎:

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Allergies médicamenteuses ou autres* : OUI NON, précisez la cause de l'allergie :

Allergies alimentaires* : OUI NON, précisez la cause de l'allergie :

***Mise en place d'un PAI (projet d'accueil personnalisé) obligatoire.**

L'enfant mange-t-il du porc : OUI NON

DT Polio (Copie du carnet de santé obligatoire) Date du dernier rappel :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) M, Mme, donne autorisation au responsable pour :

Prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Diffuser les photos et/ou vidéos de mon enfant pour l'usage suivant : archives, presse, plaquette de la Mairie, expositions, autres bulletins.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Inscrire mon enfant aux activités périscolaires (11h30-13h30)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Laisser mon enfant rentrer seul (e) à 17h30 (enfants d'élémentaire et collégiens uniquement)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Accéder à mon compte CAF sur CAFPRO pour connaître mon quotient familial CAF	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Transmettre mes coordonnées aux associations de parents d'élèves	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris **connaissance du règlement intérieur.**

Fait à Roquevaire, le Signature du Responsable :

¹ Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 06/01/78, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Ce droit s'exerce auprès des services de la ville de Roquevaire traitant vos informations individuelles.

AUTRES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX				
L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES				
RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ASTHME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COORDONEES DU MEDECIN TRAITANT				
Nom du médecin :				
Adresse :				
☎ :				

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents : Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

INSCRIPTIONS AUX SERVICES
veuillez cocher vos choix en fonction des jours de la semaine

Jour	Garderie du matin (7h30 - 8h10)	Service de Restauration	Accueil du soir (16h30 - 17h30)
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mercredi	Matin/Repas* <input type="checkbox"/>	Repas/Après-midi* <input type="checkbox"/>	Journée <input type="checkbox"/>
----------	---------------------------------------	--	----------------------------------

*(uniquement pour les 3/6 ans)

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	
Régime général Sécurité Sociale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON N° de Sécurité Sociale :	
Autre régime : <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> EDF <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> MARITIME <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> Autres, précisez :	
N° CAF :	QF CAF :
Nom de la Compagnie d'assurance :	
N° de l'assurance Extrascolaire :	
QUOTIENT VILLE (réservé à l'administration)	
Revenu fiscal de référence N-1 de l'année-scolaire (sur revenus N-2) :€	
Nombres de personnes au foyer : QF Calculé :€	
QF1 : 0 à 500€ <input type="checkbox"/>	QF2 : 501 à 800€ <input type="checkbox"/>
QF3 : 801 à 1200€ <input type="checkbox"/>	QF4 : 1201€ et plus <input type="checkbox"/>

PIECES A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION	
Avis d'imposition du foyer (année N-1)* <input type="checkbox"/>	Justificatif de domicile <input type="checkbox"/>
COPIES du livret de famille <input type="checkbox"/>	Justificatif de garde (si séparation) <input type="checkbox"/>
COPIE page vaccin du carnet de santé <input type="checkbox"/>	RIB (si mise en place prélèvement automatique) <input type="checkbox"/>

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS VALIDÉ

L'inscription n'est définitive qu'après vérification du paiement de toutes les factures éditées

* Se référer à l'année scolaire en cours : avis 2017 (revenus 2016) pour l'année 2018-2019... Sans cette pièce, le QF4 sera appliqué.