



FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION ET DE LIAISON
ANNEE SCOLAIRE 2020/2021
SERVICES : Restauration- Périscolaire- ALSH
Valable du 1^{er} Septembre 2020 au 31 Août 2021

L'ENFANT

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

RESPONSABLE (S) DE L'ENFANT

Un responsable au moins, correspondant aux renseignements administratifs

Situation Familiale	<input type="checkbox"/> Marié	<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"/> Divorcé	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		

RESPONSABLE 1		RESPONSABLE 2	
Nom Prénom :	Adresse :	Nom Prénom :	Adresse :
Complément d'adresse :	CP Ville :	Complément d'adresse :	CP Ville :
☎ Domicile :	☎ Portable :	☎ Domicile :	☎ Portable :
Profession :	Courriel :	Profession :	Courriel :

AUTRES PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

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

INSCRIPTIONS AUX SERVICES

Veillez cocher vos choix en fonction des jours de la semaine

	Accueil du Matin (7h30-8h10)	Service de Restauration Scolaire	Accueil du Soir (16h30-18h)
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"/>

ALSH MERCREDI

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

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
Autorise mon enfant à participer aux activités périscolaires (11h30-13h30)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Laisser mon enfant sortir seul (pour l'école et l'ASLH : élémentaire et collégiens uniquement)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Accéder à mon compte CAF sur CDAP 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 :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

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

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

Mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individuel) OBLIGATOIRE pour :

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

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

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin :

Adresse :

☎ :

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé, maladie, intolérance, 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. ?

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Régime général Sécurité Sociale : OUI NON-N° de Sécurité Sociale :

Autre régime : MSA EDF SNCF MARITIME RSI Autres, précisez :

N° CAF :

Nom de la Compagnie d'assurance :

N° de l'assurance Extrascolaire :

QUOTIENT VILLE (cadre réservé à l'administration)

Revenu fiscal de référence de l'année-scolaire :€

Nombres de personnes au foyer : QF Calculé :€

QF1 : 0 à 500€ QF2 : 501 à 800€ QF3 : 801 à 1200€ QF4 : 1201€ et plus

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE RS/ALSH Merc. ALSH Vacances

PIECES A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION

Dernier avis d'imposition du foyer* <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

* Sans cette pièce, le QF4 sera appliqué