



**FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION ET DE LIAISON**  
**ANNEE SCOLAIRE 2020/2021**  
**SERVICES : Restauration- Périscolaire- ALSH**  
**Valable du 1<sup>er</sup> 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**

<b>Situation Familiale</b>	<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

<b>RUBEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ANGINES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>RHUMATISME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OTITES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ASTHME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OREILLONS</b> <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"/>
<b>COPIES</b> du livret de famille <input type="checkbox"/>	Justificatif de garde (si séparation) <input type="checkbox"/>
<b>COPIE</b> 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