



FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION ET DE LIAISON
ANNEE SCOLAIRE 2021/2022
SERVICES : Restauration- Périscolaire- ALSH
Valable du 1^{er} Septembre 2021 au 31 Août 2022

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 (1)	<input type="checkbox"/> Divorcé	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		
RESPONSABLE 1			RESPONSABLE 2		
Nom Prénom :			Nom Prénom :		
Adresse :			Adresse :		
Complément d'adresse :			Complément d'adresse :		
CP Ville :			CP Ville :		
☎ Domicile :			☎ Domicile :		
☎ Portable :			☎ Portable :		
Profession :			Profession :		
@ Courriel :			@ Courriel :		

AUTRES PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom-Prénom :	Lien Parenté :	☎ :
Nom-Prénom :	Lien Parenté :	☎ :
Nom-Prénom :	Lien Parenté :	☎ :

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 OUI NON
- Diffuser les photos et/ou vidéos de mon enfant pour l'usage suivant : plaquette de la Mairie, archives, presse, expositions, autres bulletins. OUI NON
- Autorise mon enfant à participer aux activités périscolaires (11h30-13h30) OUI NON
- Laisser mon enfant sortir seul (pour l'école et l'ALSH : élémentaire et collégiens uniquement) OUI NON
- Accéder à mon compte CAF sur CDAP pour connaître mon quotient familial CAF OUI 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

1/ VACCINATIONS : le tableau ci-dessous doit être OBLIGATOIREMENT accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom, prénom et date de naissance du mineur concerné.

VACCINS		Date
Obligatoire pour tous	Diptérie/Tétanos/Poliomyélite (DTP)	
Obligatoire pour les enfants nés à partir de 2018	Coqueluche	
	Haemophilus Influenzae (HIB)	
	Hépatite B	
	Pneumocoque	
	Méningocoque C	
	Rougeole-Oreillons-Rubéole	

2/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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

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

- Le mineur suit un traitement médical régulier : OUI NON
- Le trouble de santé implique une conduite particulière à suivre en cas d'urgence : OUI NON
- Le mineur a d'autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement...) : OUI NON

Si vous avez coché oui à une de ces 3 questions, veuillez prendre contact avec le Service pour la mise en place de ce PAI.

Indiquez ci-après : les antécédents d'accidents, d'hospitalisations, de rééducations en précisant les dates et les précautions à prendre :

Nom et Téléphone du Médecin Traitant :

3/ RECOMMANDATIONS des parents :

- Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... : OUI NON
- Précisez :
- L'enfant mange-t-il du porc : OUI NON

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Régime général Sécurité Sociale <input type="checkbox"/> N° :	<input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> RSP, précisez :
N° CAF :	
Nom de la Compagnie d'assurance :	
N° de l'assurance Extrascolaire :	
PRELEVEMENT AUTOMATIQUE <input type="checkbox"/>	RS/ALSH Merc. <input type="checkbox"/>
ALSH Vacances <input type="checkbox"/>	
(1) Garde alternée : préciser les modalités d'inscription et de facturation auprès du service	
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€ <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

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

** Pour les enfants inscrits l'année précédente seulement si changement de situation ou de coordonnées