

**DOSSIER INSCRIPTION 2021/2022 :
CANTINE - GARDERIE – ACCUEIL DE LOISIRS**

A REMETTRE IMPERATIVEMENT AVANT LE **06/07/2021** A LA COMMUNAUTE DE COMMUNES
Par mail à cdc.piney@wanadoo.fr ou à déposer dans la boîte aux lettres de la CDC.

Quelle structure fréquente votre/vos enfant(s) ? :

Brévonnes Charmont Luyères Mesnil-Sellières Onjon Piney Rouilly Sacey

A quel type d'accueil souhaitez-vous inscrire votre enfant ? : Cantine Périscolaire Mercredis Vacances

Vos enfants**1^{er} Enfant :**

Nom et Prénom : Date de Naissance :

Ecole fréquentée en **septembre 2021** : CLASSE :

2^{ème} Enfant :

Nom et Prénom : Date de Naissance :

Ecole fréquentée en **septembre 2021** : CLASSE :

3^{ème} Enfant :

Nom et Prénom : Date de Naissance :

Ecole fréquentée en **septembre 2021** : CLASSE :

Votre foyer

***R1** : Nom :Prénom.....Date de Naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville : N° téléphone fixe :

N° Téléphone Portable : Email (en majuscule) :

Nom et adresse de L'employeur :

Code Postal :Ville : N° téléphone :

***R2** : Nom :Prénom.....Date de Naissance :

Adresse si différente de R1 :

Code Postal :Ville : N° téléphone fixe :

N° Téléphone Portable : Email (en majuscule) :

Nom et adresse de L'employeur :

Code Postal :Ville : N° téléphone :

Afin d'appliquer les tarifs modulés, indiquez OBLIGATOIREMENT, de quel régime vous dépendez :

CAF : MSA : Autre : Précisez votre N° allocataire :

Payeur (**faire un choix**, la facture ne pourra être établie aux 2 noms) : R1 ou R2 - Autre, précisez :

*R : Responsable

Cadre réservé à l'administration

Reçu le :

Par :

Remis centre le :

Enregistré le :

ENFANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON : FILLE :

Conforme à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs.

Joindre obligatoirement les pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccination, ou attestation d'un médecin.**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :****ALLERGIES :**

Alimentaires : OUI NON Si oui, lesquelles.....

PAI en place : OUI NON À PREVOIR

Médicamenteuses : OUI NON Si oui, lesquelles.....

Autres :

DIABETE : OUI NON **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Antécédents médicaux signalés par la famille :

Précautions particulières à prendre :

Maladies infantiles déjà contractées par l'enfant :

RUBEOLE VARICELLE SCARLATINE COQUELUCHE OREILLONS ROUGEOLE

Votre enfant souffre-t-il souvent :

OTITES ANGINES ASTHME AUTRES :

Conduite à tenir :

Nom du médecin traitant :N° de téléphone :

Adresse :Code postal :

Commune :

En cas d'urgence : Autorise N'autorise pas le responsable de l'accueil à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (Intervention chirurgicale, hospitalisation, traitement médical)

Responsabilité civile individuelle : OUI NON Nom de l'assurance :

N° de Police :

Observations et remarques :

.....

Fait àLe..... Signature

Autorisations diverses

1^{er} Enfant : Nom : Prénom :

2^{ème} Enfant : Nom : Prénom :

3^{ème} Enfant : Nom : Prénom :

4^{ème} Enfant : Nom : Prénom :

J'autorise la Communauté de Communes à prendre mon/mes enfant(s) en photo, vidéo et pour diffusion sur site de la CDC et éventuellement à reproduire ces informations dans différentes publications, dans le cadre des activités de la Communauté de Communes : ⁽¹⁾

Oui Non

J'autorise mon enfant à repartir seul après l'accueil de loisirs : **(1)**

Oui Non

J'autorise le personnel de l'équipe d'animation de la communauté de communes, à administrer à mon/mes enfant(s) en cas de besoin ⁽¹⁾

Granulés homéopathiques d'Arnica : OUI NON

Crème pour ecchymoses (Hémoclar) : OUI NON

Crème pour les brûlures (Biafine, Trolamine) : OUI NON

J'autorise le personnel de l'équipe d'animation de la communauté de communes, à appliquer mon/mes enfant(s) de la crème solaire, en cas de besoin ⁽¹⁾

Crème solaire (fournie par les parents et marquée au nom de l'enfant) : OUI NON

(1) Rayer la mention inutile pour les deux lignes proposées

TRANSPORT

J'autorise le personnel de la Communauté de communes à transporter mon/mes enfant(s) en voiture ou en minibus, supposant une assurance adaptée.

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (La présentation d'une carte d'identité est obligatoire)

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant : (Indiquez le nom, prénom, téléphone...)

1/ :

2/ :

3/ :

4/ :

SORTIES EXCEPTIONNELLES ORGANISEES PAR L'ACCUEIL DE LOISIRS

J'autorise mon/mes enfant(s) à participer aux activités de l'accueil de loisirs, en intérieur et en extérieur

REGLEMENT INTERIEUR

Je souhaite inscrire mon/mes enfant(s), annuellement ou mensuellement, et m'engage à informer la structure concernée, des jours de présence, par mail à l'adresse correspondante (CF Règlement intérieur).

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur sur le site internet www.foretslacsterresenchampagne.fr et avoir signé toutes les autorisations nécessaires.

Je déclare, autoriser le CDC à accéder au portail CAFPRO pour la détermination du Quotient Familial.

Je souhaite recevoir la Newsletter de la Communauté de Communes, afin d'être informée de l'actualité des centres et du territoire, et autorise la CDC à utiliser mon adresse mail (Selon la Loi RGPD du 25/05/2018).

Toutes les informations des structures (horaires, fiches d'inscription, programmes...) sont également consultables sur notre site internet.

Date et signature du responsable légal (obligatoire) :