

Mairie de Illies

Service Jeunesse : el@ville-illies.fr / 03.20.29.04.06 Poste 3

Service scolaire : services.periscolaires@ville-illies.fr /
03.20.29.04.06 Poste 4

FICHE D'INSCRIPTIONS 2019 / 2020

commune au service jeunesse (ACM) et scolaire (cantine, garderie)

Toutes les informations doivent être obligatoirement renseignées

Pour toute inscription aux activités proposées par la commune, merci d'envoyer votre dossier aux différents services par mail avec les pièces suivantes :

- La fiche d'inscription annuelle
- La fiche sanitaire de liaison pour chaque(s) enfant(s) inscrit(s)
- Copie du carnet de vaccination
- P.A.I. (en cas d'allergie alimentaire ou toutes particularités nécessitant un accueil individualisé, un PAI devra être établi par le médecin)
- Copie de l'attestation de droits de la CAF précisant le quotient familial 2020
- Copie du dernier avis d'imposition sur le revenu pour les non allocataires
- Attestation d'assurance extra scolaire ou responsabilité civile en cours de validité
- Copie de l'attestation de la carte vitale
- Copie de l'attestation brevet de natation 25 m (facultatif)
- Copie de la carte identité ou passeport

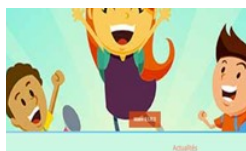
Nous sommes tenus de respecter la réglementation « Jeunesse et Sport » et sommes soumis à des contrôles réguliers de la Caisse d'Allocations Familiales. C'est pourquoi, il est important de transmettre un dossier complet. Les inscriptions se font en fonction des places disponibles et par ordre d'arrivée des dossiers complets.

Dossier incomplet = Inscription non validée...

L'inscription aux activités est à effectuer sur le portail famille BL Citoyen depuis

<https://ville-illies.fr> ou <https://portail.berger-levrault.fr/MairieIllies59480/accueil>

Vous pouvez transmettre vos documents par le portail famille.



Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

Niveau de la classe fréquentée en 2019-2020 :

RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) :

Situation familiale : Marié Pacsé Divorcé Séparé Union Libre Autres

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Type : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Garde alternée	Type : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Garde alternée
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Portable :	Portable :
Tél :	Tél :
Tél. Pro	Tél. Pro

OBLIGATOIRE , merci de joindre une copie des attestations

Numéro allocataire CAF ou MSA : Quotient Familial :

Responsabilité Civile : Compagnie d'assurance : N° de contrat :

Assurance scolaire et/ou extra scolaire : OUI NON

Compagnie d'assurance et N° de contrat :

Frères et sœurs (nom, prénom, date de naissance)

.....

.....

.....

NOTIFICATION FACTURATION : Par le portail famille par courrier

AUTORISATIONS PARENTALES : Personnes majeures susceptibles d'être contactées en cas d'urgence et/ou de pouvoir récupérer l'enfant (autres que les représentants légaux) :

Nom—Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Autorisée à récupérer l'enfant	Contacte en cas d'urgence
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORISATIONS DIVERSES :

Je soussigné(e).....responsable légal, tuteur de l'enfant

- En inscrivant mon enfant à l'accueil collectif de mineurs, ou mercredis récréatifs, je l'autorise à participer à **toutes les activités** (activités sportives, séjour camping, se baigner en piscine ou en mer) **et sorties proposées** par l'équipe d'animation, **en bus, en train, ou avec les véhicules municipaux**

- Je donne mon consentement, sans limitation de durée à la **diffusion de photos de notre enfant**, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles sur le site de la ville, tract, bulletin municipal, portant sur l'animation réalisées dans les différents accueils

- J'autorise **mon enfant à quitté seul**, ou accompagné d'un mineur la structure

- J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, **toutes les mesures** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) **rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant**

- J'autorise la transmission d'informations : autorise la collectivité à utiliser **l'adresse email** pour toutes correspondances relatives aux activités de la commune. (portail famille, notification de factures, informations divers,...)

- Je déclare avoir pris **connaissance du règlement intérieur** des différents accueils

La signature du présent document engage le représentant légal à informer la municipalité de toutes modifications de renseignements ou coordonnées relatives à l'enfant.

Fait à le/...../.....

Signature

NOM :PRENOM :Né le :

L'ANIMATION

- Votre enfant sait-il nager ? OUI NON Votre enfant sait-il faire du vélo ? OUI NON
 Pointure chaussures de l'enfant L'enfant porte-t-il un appareil auditif OUI NON
 L'enfant porte-t-il des lunettes OUI NON L'enfant porte-t-il un appareil dentaire OUI NON

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- L'enfant est-il à jour de ces vaccins ? OUI NON **JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES COPIES DU CARNET DE VACCINATIONS. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.**

Médecin traitant : Téléphone :

Joindre une ordonnance récente. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance L'enfant suit-il un traitement médical : OUI NON

- Autorisez-vous votre adolescent à fumer ? OUI NON Votre enfant mouille-t-il son lit ? OUI NON

- Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier : OUI NON Précisez :

- L'enfant a-t-il un projet d'accueil individualisé (PAI) OUI NON **Si oui, joindre le protocole, une ordonnance récente et les médicaments correspondants**

- Votre enfant a-t-il des allergies ?

Indiquez les difficultés de santé, antécédents médicaux, précautions à prendre et conduite à tenir :

	OUI	NON	Précisions / Conduite à tenir
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la ville à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale ou à donner les médicaments nécessaires au traitement de mon enfant sur ordonnance médicales.

Date : Signature