



Enfant de 6 à 12 ans

ACCUEIL DE LOISIRS

Année 2024-2025

Nom et Prénom de l'enfant :



DOSSIER D'INSCRIPTION

A retourner rapidement

vous devez compléter ce dossier et le déposer à la mairie ou le donner à l'équipe du périscolaire

Documents à joindre obligatoirement

11 rue de la Pierre de Laye
02200 Pernant

Horaires Mairie :

Lundi : 9h-12h / 14h-19h

Mardi : 14h-16h30

Mercredi : 9h-12h

Jeudi : 14h- 16h30

Vendredi : 9h-12h

- ☐ Photocopie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant sur lesquelles doit figurer son nom ou un certificat médical attestant que celui-ci est à jour de ses obligations vaccinales.
- ☐ Photocopie de la notification CAF ou MSA avec composition de la famille et quotient familial.
- ☐ Photocopie de l'attestation d'assurance et de la mutuelle le cas échéant.
- ☐ Règlement intérieur signé.

Pour tous renseignements complémentaire

HURIEZ Adélaïde - Directrice périscolaire et extrascolaire

Email : adelaide.huriez.pro@outlook.fr

Tél: 03.23.73.60.58 / 06.76.92.25.67

Facebook : Périscolaire de Pernant

Site : www.pernant.fr



Rappel du fonctionnement

ALSH : Accueil de Loisir Sans Hébergement

L'organisation générale :

Accueil du matin :

de 8h00 à 9h00

le Lundi ,Mardi, Mercredi, Jeudi et Vendredi

Les animations commencent à 9h.

Accueil restauration scolaire :

de 12h à 13h30

le Lundi ,Mardi, Mercredi, Jeudi et Vendredi

La réservation ou l'annulation des repas s'effectue au moins 3 jours avant.

Toute réservation d'un repas qui n'est pas annulée dans les délais ou pour laquelle aucun certificat médical n'a été transmis sera facturée.

Accueil de l'après-midi :

le Lundi ,Mardi, Mercredi, Jeudi et Vendredi

Les animations se déroulent de 14h00 à 17h00.

Le goûter est offert par la municipalité.

Accueil du soir :

de 17h00 à 18h00

le Lundi ,Mardi, Mercredi, Jeudi et Vendredi

Condition d'inscription:

L'inscription n'est possible qu'à la semaine.

Pour des raisons de sécurité, aucun enfant dont le dossier n'a pas été rendu dûment complété (avec tous les documents nécessaires) ne pourra fréquenter la structure.

Fiche d'inscription

Octobre 2024



IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom(s):

Prénom(s):

Date de naissance:

Sexe : ☐ F ☐ M

PÉRIODE D'INSCRIPTION

Semaine :

Du 28 octobre au 1er novembre

CANTINE

Régime alimentaire:

☐ Standart

☐ Sans Porc

☐ Autres (Préciser):

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Pour toutes formes d'allergies, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation de certificat médical, la mise en place d'un PAI est obligatoire.

Médecin traitant :

Téléphone:

Allergie(s) alimentaire(s) : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Allergie(s) médicamenteuse(s) : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Allergie(s) autre(s) : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Contre - indication médicale : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Observation :

.....

.....

FICHE DU FOYER

	☐ Père	☐ Mère	☐ Père	☐ Mère
Nom(s) : EN LETTRES CAPITALES	.....		.....	
Prénom(s) : EN LETTRES CAPITALES	.....		.....	
Adresse :	.....		.....	
Téléphone fixe :	.....		.....	
Téléphone portable :	.....		.....	
Courriel :	.....		.....	
Profession :	.....		.....	
Nom de l'employeur :	.....		.....	
Téléphone professionnel :	.....		.....	

Autorité parentale : ☐Le foyer ☐Le père ☐La mère

Situation du foyer : ☐ Célibataire ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)

☐ Veuf(ve) ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Vie marital

AUTRES CONTACT(S) AUTORISÉ(S) à venir chercher l'enfant et être prévenu en cas d'urgence

Nom(s):	.....	.....	.....
Prénom(s):	.....	.....	.....
En qualité de / Lien de parenté :	.....	.....	.....
Téléphone fixe :	.....	.....	.....
Téléphone portable :	.....	.....	.....

FACTURATION

Le redevable: ☐ Le foyer ☐ Le père ☐ La mère

L'organisme versant les prestations familiales: ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre :

Numéro d'allocataire:

Adresse de l'organisme :

Facturation alternée : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez
(semaine pair, impair, etc...)

DIVERS *Joindre obligatoirement une attestation.

N° de sécurité sociale du responsable
sur lequel l'enfant est rattaché :

Clé

Assurance*

Nom de l'organisme :

Adresse :

N° de contrat :

Mutuelle*

Nom :

Adresse :

N° de contrat :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent dossier d'inscription. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et des règlements intérieurs des différents services pour lesquels je demande l'inscription de mon (mes) enfant(s) et déclare en accepter les modalités.

- ☐ **J'autorise** le service enfance/jeunesse de la mairie de Pernant à reproduire et diffuser les photographies et/ou vidéos de mon / mes enfant(s) réalisées au cours de l'année pour les usages exclusifs suivant :

- ☐ Journal communal
- ☐ Illustration du site et du facebook de la commune
- ☐ Des plaquettes d'informations
- ☐ Le facebook privé du périscolaire
- ☐ Divers projets créés avec et pour les enfants

- ☐ **Je n'autorise pas** le service enfance/jeunesse de la mairie de Pernant à reproduire et diffuser les photographies et/ou vidéos de mon / mes enfant(s) réalisées au cours de l'année.

Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans à compter du 1er septembre
Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront jamais atteinte à l'enfant.

- ☐ **J'autorise** Les encadrants à présenter notre enfant à un médecin ou à l'hôpital en cas de soin à donner d'urgence et à prendre toutes mesures nécessaires suivant les prescriptions du médecin ayant consulté mon enfant.
- ☐ **Je n'autorise pas**

- ☐ **J'autorise** Mon enfant à voyager à pied ou grâce à un véhicule de service (bus municipal, minibus, voiture, car) dans le cadre de déplacements quotidiens ou spécifiques à l'extérieur des locaux.
- ☐ **Je n'autorise pas**

- ☐ **J'autorise** Mon enfant à participer aux baignades surveillées dans le cadre d'activités encadrées.
- ☐ **Je n'autorise pas**

- ☐ **J'autorise** Mon enfant à repartir seul de l'accueil de loisir. J'assume la pline et entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie des locaux de l'enfant dès 17h00.
- ☐ **Je n'autorise pas**

J'autorise mon/mes enfant(s) à quitter l'accueil :

Avec (Nom, Prénom et lien avec l'enfant)

Mr/Mme

Mr /Mme

Date :

Signature(s):

FICHE SANITAIRE

Année 2024

Une fiche par enfant

Ces données permettent de recueillir des informations nécessaires en cas d'urgence pour votre enfant, elles ne seront communiquées qu'en cas de nécessité et à un personnel habilité.

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom(s) : Prénom(s) :

Date de naissance : Sexe : ☐ F ☐ M

Lieu de naissance : Age:

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Médecin traitant : Téléphone:

Poids: Taille: Groupe sanguin:

Bénéficie d'une AESH sur le temps scolaire : ☐ Oui ☐ Non

Fait l'objet d'un PAI: ☐ Oui ☐ Non

(Protocole d'Accueil Individualisé)

Si oui, Joindre impérativement une copie du PAI

Porte des lunettes: ☐ Oui ☐ Non

Porte des prothèses auditives ou un appareil dentaire : ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant suit-il un traitement particulier : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Si oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants. Les médicaments doivent être dans leur emballage d'origine avec leur notice où le nom et le prénom de l'enfant seront inscrits.

Attention : aucun traitement médical ne pourra être administré sans ordonnance.

AUTRES

Informations particulières que vous jugez nécessaire de porter à la connaissance de l'équipe d'encadrement:

☐ J'autorise Mon enfant à participer aux activités physiques et sportives.
☐ Je n'autorise pas

☐ J'autorise Mon enfant à participer aux baignades surveillées le cas échéant.
☐ Je n'autorise pas

ALLERGIES ET MALADIES Si oui, joindre obligatoirement un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Allergie(s) alimentaire(s) : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Allergie(s) médicamenteuse(s) : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Allergie(s) autres(s) : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Diabète : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Asthme : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Epilepsie : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Contre-indication médicale : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Maladie(s) infantile(s) déjà contractée(s)
(rubéole, varicelle, coqueluche, scarlatine, oreillon, ...) :

Observations :

VACCINATIONS

Joindre obligatoirement une copie des vaccinations du carnet de santé de l'enfant.

BCG ☐ Non ☐ Oui Date du dernier rappel :

DTP (Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite) ☐ Non ☐ Oui Date du dernier rappel :

Hépatite ☐ Non ☐ Oui Date du dernier rappel :

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT à contacter en priorité

	☐ Père ☐ Mère	☐ Père ☐ Mère
Nom(s) et Prénom(s) : En lettres capitales		
Téléphone fixe :		
Téléphone portable :		
Téléphone professionnel :		

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant
....., certifie exact les renseignements portés sur cette fiche et
m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date :

Signature(s) :