



DOSSIER D'INSCRIPTION

ACCUEIL DE LOISIRS 4-13 ANS /CANTINE/GARDERIE/NAP

C.C.A.S. Accueil de Loisirs 4/17 ANS

Service Enfance Jeunesse – Ville de Montbard
2 Bis Avenue Maréchal De Lattre De Tassigny
21500 MONTBARD

Tél. : 03.80.92.47.63 – mail : cantinegarderie@montbard.com

1 – Renseignements concernant l'enfant :	AGE :	FILLE <input type="checkbox"/>	GARCON <input type="checkbox"/>
NOM :	NAP – Pièces à fournir : B/C/E		
Prénom :	Mon enfant : est autorisé à sortir seul <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Date et lieu de naissance.....	prend le bus <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - se rend à la garderie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Adresse :	ACCUEIL DE LOISIRS – Pièces à fournir : A/B/C/D/E		
.....	Mon enfant :	Mon enfant :	
.....	Est autorisé à se baigner <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Est apte à la pratique du sport	
.....	Sait nager <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
.....	Doit porter des brassards <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rentrera seul à la maison	
.....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Etablissement scolaire :	CANTINE/GARDERIE – Pièces à fournir : B/C/D/E		
.....	Allergies alimentaires (fournir un PAI ou une ORDONNANCE) / Repas particulier		
Classe :	Précisez :		

2– Pièces justificatives à fournir :	
A. Copie de l'attestation CAF « aides aux temps libres »	<p align="center">POUR TOUTE MODIFICATION, MERCI DE PENSER A RAPPORTER LES DOCUMENTS NECESSAIRES A LA FACTURATION OU AU DOSSIER POUR L'ANNEE EN COURS</p>
B. Copie de l'assurance extrascolaire	
C. Copie des pages de vaccination du carnet de santé	
D. Copie de l'avis d'imposition sur les revenus du foyer <i>(sans avis d'imposition le tarif maximum sera appliqué)</i>	
E. Copie de l'extrait de jugement en cas de séparation	
<i>Les familles d'accueil fourniront les documents sauf l'avis d'imposition et l'extrait de jugement</i>	

3 – Renseignements administratifs :
Numéro CAF (Aides aux temps Libres) :
Numéro Sécurité Sociale :
Numéro et Nom Assurance extrascolaire :

4 – Parent(s) de l'enfant ou responsable légal :	
Père :	Mère :
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
☎ fixe :	☎ fixe :
☎ portable :	☎ portable :
☎ travail :	☎ travail :
Email :@.....	Email :@.....
Situation familiale : <input type="checkbox"/> mariés <input type="checkbox"/> en concubinage <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e)	
Résidence de l'enfant chez (si parents séparés) : Le père <input type="checkbox"/> La mère <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> garde alternée <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Autre : en tant que :	ORGANISME (ASE-CHENEVIERES, etc...) :
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
☎ fixe :	☎ fixe :
☎ portable :	☎ portable :
☎ travail :	☎ travail :
Email :@.....	Email :@.....
NOM, Prénom et adresse de facturation :	
.....	
.....	



DOSSIER D'INSCRIPTION

ACCUEIL DE LOISIRS/CANTINE/GARDERIE/NAP

C.C.A.S. Accueil de Loisirs 4/17 ANS

Service Enfance Jeunesse – Ville de Montbard

2 Bis Avenue Maréchal De Lattre De Tassigny

21500 MONTBARD

Tél. : 03.80.92.47.63

Mail Accueil de Loisirs : alsh.montbard@gmail.com / Mail cantine-garderie : cantinegarderie@montbard.com

5 – Personnes à appeler en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre l'enfant	
à appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> autorisées à prendre l'enfant <input type="checkbox"/> NOM : Prénom : ☎ fixe : ☎ portable : ☎ travail :	à appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> autorisées à prendre l'enfant <input type="checkbox"/> NOM : Prénom : ☎ fixe : ☎ portable : ☎ travail :
à appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> autorisées à prendre l'enfant <input type="checkbox"/> NOM : Prénom : ☎ fixe : ☎ portable : ☎ travail :	à appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> autorisées à prendre l'enfant <input type="checkbox"/> NOM : Prénom : ☎ fixe : ☎ portable : ☎ travail :

6 - Autorisations parentales (les 2 parents doivent signer si leurs adresses sont différentes)

Ayant pris connaissance du fonctionnement de la structure, je soussigné(e).....

Titulaire de l'autorité parentale de....., autorise mon enfant à :

- Participer aux activités (ALSH et/ou périscolaires), sorties extérieures (dans un périmètre de 100 km autour de Montbard), mini séjours... organisées par la structure et à voyager en bus ou en navette... OUI NON
- Se baigner et participer aux sorties piscine ou nautique OUI NON
- A monter dans la navette pour un transport intra-muros dans le cadre du périscolaire OUI NON

Je m'engage à **prévenir dans les 48 heures**, le Service Enfance Jeunesse (tél. : 03.80.92.47.63), pour toute **annulation** ou **inscription aux repas**. Dans le cas contraire, ils seront facturés, sauf sur présentation d'un certificat médical.

Pour l'ALSH, les activités peuvent être annulées ou modifiées en raison d'un effectif insuffisant, de la météo, de l'indisponibilité des locaux ou de l'absence de l'intervenant.

J'autorise le(s) responsable(s) du Service Enfance Jeunesse à :

- A utiliser l'image de mon enfant sur tout support de communication (audio, vidéo, internet, plaquettes, presse...)
- prendre toute décision nécessaire en cas d'urgence médicale.

J'atteste que mon enfant est apte à la vie en collectivité.

J'atteste avoir pris connaissance des conditions ci-dessus.

J'atteste avoir reçu, lu et accepté le règlement.

Montbard, le/...../.....

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ») :

Pensez à nous prévenir en cas de modification des renseignements ci-dessus



FICHE D'INSCRIPTION 2017/2018
RESTAURATION SCOLAIRE - GARDERIE
(Inscriptions et annulations uniquement
Par écrit à déposer au Service Enfance Jeunesse
Ou à envoyer par mail à cantinegarderie@montbard.com)

NOM :	PRENOM :
ECOLE :	N° Tél. :
CLASSE :	N° Tél. travail :

Régime alimentaire ou repas particulier :

Allergie alimentaire (PAI ou ordonnance) :

(Pour toute allergie alimentaire, il est nécessaire de fournir un PAI ou une ordonnance valide en vigueur)

ANNEE SCOLAIRE 2017-2018 (cochez selon vos besoins)											
mois	sept	oct	nov	dec	jan	fev	mars	avril	mai	juin	juillet
<input type="checkbox"/> ANNUEL											
<input type="checkbox"/> MENSUEL											

Cochez selon vos besoins	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Repas du midi				

	SEPTEMBRE				OCTOBRE				NOVEMBRE				DECEMBRE						
LUNDI		04	11	18	25	02	09	16			06	13	20	27		04	11	18	
MARDI		05	12	19	26	03	10	17			07	14	21	28		05	12	19	
JEUDI		07	14	21	28	05	12	19			09	16	23	30		07	14	21	
VENDREDI		08	15	22	29	06	13	20			10	17	24		01	08	15	22	

	JANVIER				FEVRIER				MARS				AVRIL						
LUNDI		08	15	22	29		05		26		05	12	19	26				23	30
MARDI		09	16	23	30		06		27		06	13	20	27	03			24	
JEUDI		11	18	25		01	08			01	08	15	22	29	05			26	
VENDREDI		12	19	26		02	09			02	09	16	23	30	06			27	

	MAI				JUIN				JUILLET					
LUNDI		07	14	28	04	11	18	25	02					
MARDI			15	22	29	05	12	19	26	03				
JEUDI	03		17	24	31	07	14	21	28	05				
VENDREDI	04	11	18	25	01	08	15	22	29	06				

FREQUENTATIONS GARDERIE : OCCASIONNELLE MENSUELLE ANNUELLE

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN					
MIDI					
SOIR					

DATE :/...../.....

SIGNATURE :

NOUVELLES ACTIVITES PERISCOLAIRES (NAP)

Mail NAP : alsh.montbard@montbard.com / tél. : 03.80.92.47.63

2017/2018

NOM :	PRENOM
ECOLE :	CLASSE :

Rappel des jours et horaires :

JOUR	LUNDI	MARDI	JEUDI
LIEU	JOLIOT CURIE/COUSTEAU	LANGEVIN/PASTEUR	DIDEROT/FERRY
HORAIRE	14 H 50 – 16 H 20	15 H – 16 H 30	14H45-16H15/14H55-16H25

Année scolaire 2017-2018 (cocher selon vos besoins)					
PERIODES	Du 05/09/17 au 20/10/17	Du 06/11/17 au 22/12/17	Du 08/01/18 au 09/02/18	Du 26/02/18 au 06/04/18	Du 23/04/18 au 06/07/18
Par périodes					
ANNUELLE					

Pour toutes modifications merci de prendre contact avec La responsable des NAP au 03 80 92 47 63

MODE DE RETOUR HABITUEL A LA MAISON DEPUIS LE LIEU DES NAP (1 seul mode principal doit être choisi) :

Mon enfant prend le **TRANSPORT SCOLAIRE** après les NAP (Demander un formulaire au Service Affaires Scolaires)

Indiquez le point d'arrivée (La Mairie, les Perrières, Cités Fays, Point Confiance, Cités de la Marne, les Bordes, Touillon) :

OU

Mon enfant se rend à la **GARDERIE**

OU

J'autorise mon enfant à **QUITTER SEUL** les activités

OU

Mon enfant **ATTEND SES PARENTS** ou la personne autorisée à venir le chercher à la fin des activités

IMPORTANT ! Si votre enfant doit quitter, occasionnellement, les NAP sous un **autre mode** que celui indiqué, ci-dessus, vous devez en avertir la responsable des NAP, au Service Enfance Jeunesse uniquement **par mail** à alsh.montbard@gmail.com ou **par écrit** au Service Enfance Jeunesse, 2 Avenue Maréchal De Lattre De Tassigny à Montbard.

DATE :/...../.....

SIGNATURE :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 10008*02

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

NOM :		Prénom :		Numéro Sécurité Sociale	
Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>	Date de naissance :/...../.....		

(1) Rayer les mentions inutiles

1 – A-t-il eu les maladies suivantes (1) :

VARICELLE		ANGINE		SCARLATINE		OTITES		ROUGEOLE		OREILLONS		RUBEOLE		ASTHME	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

2 – A-t-il déjà présenté des allergies (1) :

ALIMENTAIRE		MEDICAMENTEUSE		AUTRE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

Si oui, précisez laquelle, les conséquences et la conduite à tenir :

.....
.....

3 – Votre enfant a-t-il un régime alimentaire ou un repas spécifique (si oui précisez) :

4 – ALLERGIE ALIMENTAIRE : un P.A.I. (Projet d'accueil Individualisé) a-t-il été mis en place ?

OUI (si oui nous fournir une copie) NON

5 – A-t-il eu d'autres soucis de santé : maladie, accident, hospitalisation...(les indiquer en précisant les dates :

.....
.....

Précautions à prendre par rapport aux difficultés de santé :

.....
.....

6 – Autres recommandations utiles des parents (port de lunettes, prothèses dentaires ou auditives...)

.....
.....

7 – VACCINATIONS : Joindre obligatoirement, une photocopie des vaccins du carnet de santé de l'enfant ou un certificat médical de contre-indication dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

8 – MEDECIN TRAITANT :

NOM : Ville : Téléphone :/...../...../...../.....

9 – L'ENFANT DOIT-IL SUIVRE UN TRAITEMENT MEDICAL : OUI NON

Si oui, lequel :

Dans ce cas, il est impératif de joindre l'ordonnance valide en vigueur et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice, ainsi qu'au besoin, une lettre explicative signée et datée.

L'ensemble des médicaments accompagnés de l'ordonnance devront être remis au responsable du service

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance

10 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : VILLE :

N° de téléphone :/...../...../...../.....

Je soussigné(e), responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le(s) responsable(s) à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :/...../.....

SIGNATURE :