

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION 2021 - 2022

à déposer **AVANT LE 16 JUILLET 2021**

Reçu le : _____

- en mairie pour les enfants scolarisés sur la commune
- sur le lieu d'accueil (PEJ – EMA) pour les autres cas



ENFANT

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Sexe : Masculin - Féminin

Adresse : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Lieu : _____ Département : _____

Demande de dérogation : OUI NON Ecole d'origine (si déménagement) : _____

Nom de l'école : _____

Classe : PS - MS - GS

CP - CE1 - CE2 - CM1 - CM2

Collège : _____

Classe : _____

Lycée : _____

Classe : _____

RESPONSABLES LEGAUX

Parent 1

Parent 2

Nom – Prénom (<u>mère</u> : nom de jeune fille et nom d'usage)		
Situation familiale		
Profession		
Adresse (si différente de celle de l'enfant)		
Tél. domicile		
Tél. professionnel		
Tél. portable		
Adresse mail		

Autre responsable légal : _____

Frères/sœurs

Nom - Prénom	Date et lieu de naissance	Ecole / Classe 2020 - 2021

CAF, MSA ou autres		Nombre d'enfants à charge	
N° Allocataire		Nombre d'enfants total	
		Nombre de parts	
		Quotient familial	
N° de Sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant		Date d'effet	

J'autorise – Je n'autorise pas (*ayer la mention inutile*) le responsable à se rendre sur le site caf.fr (CDAP) pour obtenir des renseignements nécessaires à l'inscription (quotient familial, ...)

INFORMATIONS PERISCOLAIRES : (cocher OUI même si fréquentation occasionnelle)

Fréquentera la garderie périscolaire : OUI NON
Fréquentera l'étude surveillée (uniquement pour les primaires) : OUI NON
Fréquentera le restaurant scolaire : OUI NON

SORTIE

J'autorise mon enfant à rentrer seul : OUI – NON

Personne non autorisée à récupérer l'enfant (joindre la décision du tribunal) :

NOM – Prénom : _____

Personnes à prévenir en cas d'accident (autre que les parents)	Personnes autorisées à récupérer l'enfant (autre que les parents)	Lien avec l'enfant (grands-parents, frère, sœur, nourrice...)	Téléphone

SANTE

DT Polio obligatoire : date dernier rappel : ___ / ___ / ____ **Vaccinations** : (Fournir les photocopies des certificats)

Renseignements médicaux particuliers : _____

Demande de Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : **OUI – NON**

➤ En cas de maladie chronique (ou allergie alimentaire), un PAI est obligatoire pour l'administration de médicaments : voir avec le directeur (directrice).

Médecin traitant : _____ **Tél.** : _____

Urgences : En cas d'accident survenu à votre enfant, la famille est prévenue. Cependant, autorisez-vous le directeur (directrice) ou personnel encadrant, à prendre pour vous les mesures estimées nécessaires ? (appel pompiers, SAMU, médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) : **OUI - NON**

Assurance : Compagnie : _____ N° Police : _____

(Fournir une attestation, vérifier les garanties : responsabilité civile + individuelle accident)

DROIT A L'IMAGE (pour toutes les structures)

J'autorise – Je n'autorise pas (~~rayez la mention inutile~~) le personnel encadrant à photographier / filmer et utiliser l'image de mon enfant sur les différents supports (bulletin municipal, site internet, Facebook, Illiwap...) et dans le respect des règles en vigueur dans le cadre des activités. (En cas de refus, merci de joindre une photo)

Je m'engage à signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : ___ / ___ / ____

Signature parent 1 et parent 2

FICHE SANITAIRE ET DE RESTAURATION

- Je soussigné(e) _____, certifie que l'enfant _____
dont je suis responsable, - **ne présente pas**
- **présente** ► **(rayer la mention inutile)**
une intolérance ou allergie, soit alimentaire, soit de toute autre nature
- Repas sans porc Repas végétarien
- En cas d'allergie ou intolérance, j'ai pris connaissance de la procédure de « panier repas » ou « P.A.I. ».
- J'autorise – Je n'autorise pas (rayer la mention inutile) l'administration d'un traitement médical (fournir obligatoirement l'ordonnance et les médicaments dans leur emballage d'origine et marqués au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. NE CONCERNE PAS L'ECOLE**

POLE ENFANCE JEUNESSE (P.E.J.)

- Fréquentera le Pôle Enfance Jeunesse : OUI NON
- J'autorise mon enfant à rentrer seul (à partir de 9 ans) : OUI NON
- J'autorise mon enfant à partir du lieu d'activité (uniquement pour le secteur Jeunes) : OUI NON
- J'autorise mon enfant à partir à tout moment de l'accueil libre (secteur Jeunes) : OUI NON

ECOLE MUNICIPALE DES ARTS **Les nouvelles inscriptions auront lieu du lundi 30 août au mardi 7 septembre 2021. L'inscription sera validée une fois le dossier complété et le règlement des droits d'inscription effectué à l'EMA.**

- Souhaite s'inscrire à l'Ecole Municipale des Arts : OUI NON
- Merci de préciser la discipline choisie** : MUSIQUE DANSE THEATRE DESSIN/PEINTURE
- J'autorise mon enfant à rentrer seul : OUI NON

RENSEIGNEMENTS MULTI-STRUCTURES

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et à utiliser les transports collectifs avec les encadrants.
- TELE-ALERTE (en cas de risque majeur ou information urgente)** :
- Accepte d'être prévenu(e) – n'accepte pas d'être prévenu(e) par téléphone (rayer la mention inutile)** :
- Indiquer 2 numéros de téléphone : _____ et _____

ILLIWAP : Recevez les informations de Saint-Priest en Jarez en temps réel sur votre téléphone

- Pour vous connecter à la ville de Saint-Priest en Jarez, il vous suffit de :**
- Télécharger gratuitement l'application illiwap via Google Play (Android) ou Apple Store (iPhone)
 - Cliquer pour ajouter une station
 - Une fois téléchargée, il ne vous reste plus qu'à scanner le QR Code ou entrer le code :
 - Mairie : @42270
 - Pôle Enfance Jeunesse : @42270 :pole-enfance-jeunesse

JUSTIFICATIFS A FOURNIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE <u>chaque année</u> (merci de faire les photocopies – ne pas agraffer les pièces jointes)	ECOLE	RESTAURATION + PERISCOLAIRE	P.E.J.	Ecole Municipale des Arts
Justificatif de domicile de moins de 6 mois	X	X	X	X
Attestation d'assurance (responsabilité civile et individuelle accident) pour l'année 2021 / 2022	X	X	X	X
Livret de famille (en totalité, avec la page qui suit le dernier enfant)	X	X		
Certificat de radiation de l'école précédente (si déménagement)	X			
Décision du tribunal interdisant des personnes à récupérer l'enfant	X	X	X	X
Photocopie du carnet de vaccination ou certificats	X	X	X	
Notification du quotient familial (de mois de 3 mois)	X	X	X	
Certificat de scolarité (pour les enfants de moins de 6 ans scolarisés hors de la commune)			X	
Certificat médical d'aptitude à la danse				X
Photo d'identité				X
Fiche sanitaire de liaison : Recommandations utiles (lentilles de contact, lunettes, prothèses auditives ou dentaires...) et difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)		X	X	

Je déclare sur l'honneur :

- l'exactitude des renseignements indiqués
- avoir pris connaissance des règlements intérieurs consultables dans les structures municipales et / ou sur le site internet de la commune : www.saint-priest-en-jarez.fr

Seuls les dossiers complets sont acceptés

Date :

Signature parent 1 :

Signature Parent 2 :



MAIRIE

8, rue Claudius Cottier



04 77 91 13 30



nrodriguez@mospj.fr

POLE ENFANCE JEUNESSE

7, rue du 8 mai 1945

04 77 74 84 89

pej@mospj.fr

ECOLE MUNICIPALE DES ARTS

3, rue des Carrières

04 77 92 75 66

ecoledesarts@mospj.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

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

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS
