

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION 2023 - 2024

À déposer AVANT **LE 21 JUILLET 2023**

Reçu le :

- en mairie pour les enfants scolarisés sur la commune
- au Pôle Enfance Jeunesse pour les autres cas

(À faire chaque année)



ENFANT

Nom : _____

Prénom(s) : _____ Sexe : _____

Date de naissance : _____ Ville : _____ Département : _____

Adresse : _____

Demande de dérogation : OUI NON

École d'origine (si déménagement) : _____

Nom de l'école : _____

Classe : PS - MS - GS
CP - CE1 - CE2 - CM1 - CM2

Nom du collège : _____

Classe : _____

Nom du lycée : _____

Classe : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Parent 1

Parent 2

Nom - Prénom (mère : nom de jeune fille et nom d'usage)		
Date de naissance		
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	École / Classe 2022-2023

COUVERTURE SOCIALE

CAF - MSA - Autres		Nombre d'enfants à charge :
N° Allocataire		Nombre d'enfants total :
N° de sécurité Sociale auquel l'enfant est rattaché		Nombre de parts :
		Quotient familial :
		Date d'effet :

J'autorise Je n'autorise pas : le responsable à se rendre sur le site caf.fr (CDAP) pour obtenir des renseignements nécessaires à l'inscription (quotient familial etc.)

En cas de refus, merci de nous transmettre l'attestation de quotient familial actualisée.

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES (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 (NOM – Prénom) : _____

(Joindre la décision du tribunal)

Personne 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

SANTÉ

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 ou la directrice).

Médecin traitant : _____ **Téléphone** : _____

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 À L'IMAGE (pour toutes les structures)

J'autorise Je n'autorise pas : 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** une intolérance ou allergie, soit alimentaire, soit de toute autre nature.
- 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** 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'école**).
- **Repas sans porc** **Repas végétarien**
Ce choix de menu s'effectue dès la rentrée scolaire, SANS CHANGEMENT POSSIBLE EN COURS D'ANNÉE.

PÔLE ENFANCE JEUNESSE (P. E. J.)

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

ÉCOLE DU SPORT

- Participera aux activités de l'École du Sport : **OUI** **NON**
- J'autorise mon enfant à rentrer seul (à partir de 9 ans) : **OUI** **NON**

RENSEIGNEMENTS MULTI-STRUCTURES

- **J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et à utiliser les transports collectifs avec les encadrants.**
- **TÉLÉALERTE** (en cas de risque majeur ou information urgente) :
 - Accepte d'être prévenu(e) par téléphone** (indiquer 2 numéros de téléphone) :

 - N'accepte pas d'être prévenu(e) par téléphone**
- **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)
 - Ajouter une station
 - Scanner le QR Code ou entrer le code :
 - ✓ Mairie : @42270
 - ✓ Pôle Enfance Jeunesse : @42270 Pôle enfance jeunesse

JUSTIFICATIFS À FOURNIR CHAQUE ANNÉE EN UN SEUL EXEMPLAIRE (merci de faire les photocopies - ne pas agraffer les pièces jointes)	ÉCOLE	RESTAURATION + PÉRISCOLAIRE	P.E.J.	École du Sport
Justificatif de domicile de moins de 6 mois	x	x	x	x
Attestation d'assurance (responsabilité civile et individuelle accident) pour l'année 2023 / 2024	x	x	x	x
Livret de famille	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	x
Notification du quotient familial (de mois de 3 mois)	x	x	x	x
Certificat de scolarité (pour les enfants de moins de 6 ans scolarisés hors de la commune)			x	x
Fiche sanitaire de liaison : recommandations utiles (lentilles de contact, lunettes, prothèses auditives ou dentaires...) et difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation)		x	x	x

Je déclare sur l'honneur :

- l'exactitude des renseignements indiqués
- avoir pris connaissance des règlements intérieurs consultables dans les structures municipales et 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

mcdescaves@mospj.fr

PÔLE ENFANCE JEUNESSE

7, rue du 8 mai 1945

04 77 74 84 89

pej@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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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** (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPÉRATIONS, 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 (de l'enfant) : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

N°TÉLÉPHONES FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE _____ BUREAU : _____

NOM ET TÉLÉPHONE 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 :

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

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

OBSERVATIONS
