

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION 2024-2025

À DÉPOSER AVANT LE 19/07/2024

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



À FAIRE CHAQUE ANNÉE

REÇU LE :

ENFANT

Nom - Prénoms	<input type="text"/>		
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	
Adresse	<input type="text"/>		
Code postal - Ville	<input type="text"/>		
Date de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Lieu - Département	<input type="text"/>
Nom de l'école	<input type="text"/>	Classe	<input type="text"/>
Collège	<input type="text"/>	Classe	<input type="text"/>
Lycée	<input type="text"/>	Classe	<input type="text"/>
Demande de dérogation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	École d'origine si déménagement <input type="text"/>

RESPONSABLES LÉGAUX

Parent 1

Parent 2

(Mère : nom de naissance et nom d'usage)

Nom - Prénoms	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Situation familiale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse (si différente de l'enfant)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone professionnel	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre responsable légal	<input type="text"/>	

Frères / Soeurs

Nom - Prénoms	Date de naissance	École/classe 2023-2024

COUVERTURE SOCIALE

CAF - MSA - AUTRE			
Nombre d'enfants à charge			
N° d'allocataire			
Nombre d'enfants total	Nombre de parts	Quotient familial	
N° Sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant		Date d'effet	

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

Oui Non

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

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

Cocher OUI même si la fréquentation est occasionnelle

Fréquentera la garderie périscolaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fréquentera l'étude surveillée (uniquement pour les primaires)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fréquentera le restaurant scolaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

SORTIES

J'autorise mon enfant à rentrer seul Oui Non

Personne NON autorisée à récupérer l'enfant (Nom - Prénom)

Joindre la décision du tribunal

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

SANTÉ

Vaccin DT Polio obligatoire - Date du dernier rappel

Vaccinations : fournir les photocopies des certificats

Renseignements médicaux particuliers

Demande de Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)

 Oui Non

En cas de maladie chronique ou allergie alimentaire, un P.A.I. est obligatoire pour l'administration de médicaments. Voir avec le directeur ou la directrice.

Nom du médecin traitant

Téléphone

Urgences

En cas d'accident survenu à votre enfant, la famille est prévenue. Cependant, autorisez-vous la direction ou personnel encadrant à prendre pour vous les mesures estimées nécessaires ? (appels pompiers, SAMU, médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale)

 Oui Non

ASSURANCE

Compagnie

N° de police

Fournir une attestation, vérifier les garanties responsabilité civile + individuelle accident.

DROIT À L'IMAGE - Pour toutes les structures

J'autorise 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.

 Oui Non

En cas de refus, merci de joindre une photo.

ENGAGEMENT

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

Date

Signature parent 1

Signature parent 2

FICHE SANITAIRE ET DE RESTAURATION

Je soussigné(e) certifie que l'enfant

dont je suis responsable présente ne présente pas 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 l'administration d'un traitement médical Oui Non

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. NE CONCERNE PAS L'ÉCOLE

Fournir obligatoirement l'ordonnance et les médicaments dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant.

Repas traditionnel Repas sans porc Repas végétarien

LE CHOIX DU MENU S'EFFECTUE DÈS LA RENTRÉE SCOLAIRE. AUCUN 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 Oui Non

Accepte d'être prévenu(e) par Téléalerte en cas de risque majeur ou d'information urgente Oui Non

- Indiquer 2 numéros de téléphone



Recevez les informations concernant la commune en temps réel sur votre téléphone en téléchargeant cette application gratuite et cliquez sur "ajouter une station".

- Connexion à la station "ville de Saint-Priest en Jarez" : scanner le QR code ou entrez @42270
- Connexion à la station "Pôle Enfance Jeunesse" : scanner le QR code ou entrez @42270:pole-enfance-jeunesse

JUSTIFICATIFS À FOURNIR

1 seul exemplaire chaque année Merci de faire les photocopies et de ne pas agraffer	École	Restauration + périscolaire	Pôle Enfance Jeunesse	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 2024 / 2025 En cas de fréquentation du P.E.J. l'attestation d'assurance doit couvrir également les activités extrascolaires	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 moins de 3 mois	X	X	X	X
Certificat de scolarité pour les enfants de moins de 6 ans scolarisés hors commune			X	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	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

Pôle Enfance Jeunesse



8, rue Claudius Cottier

7, rue du 8 mai 1945



mcdescaves@mspj.fr

pej@mspj.fr



04 77 91 13 30

04 77 74 84 89



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

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

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** pendant le séjour ? 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 (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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
