



DOSSIER D'INSCRIPTION
Service Périscolaire
Bléré
Année 2023 / 2024

Informations Importantes : Merci de remplir un document par famille. En cas de garde alternée, merci de remplir une feuille par parent et de fournir le jugement de séparation.

ENFANT(S)

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	RENTRE SEUL	AUTORISE L'UTILISATION DE PHOTOGRAPHIES ET VIDEOS DURANT LES ACTIVITES POUR TOUT SUPPORT DE COMMUNICATION DE LA MAIRIE
			<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"/> 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"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

RESPONSABLES LEGAUX

N° Identifiant CAF :	
QUALITE : <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> TUTEUR <input type="checkbox"/> AUTRES	QUALITE : <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> TUTEUR <input type="checkbox"/> AUTRES
Si autres, Précisez	Si autres, Précisez
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
COMPLEMENT D'ADRESSE :	COMPLEMENT D'ADRESSE :
CODE POSTAL et VILLE :	CODE POSTAL et VILLE :
TEL FIXE :	TEL FIXE :
TEL PORTABLE :	TEL PORTABLE :
ADRESSE MAIL (OBLIGATOIRE) :	ADRESSE MAIL (OBLIGATOIRE) :
.....@.....@.....
<input type="checkbox"/> DESTINATAIRE DES FACTURES DES ACTIVITES	<input type="checkbox"/> DESTINATAIRE DES FACTURES DES ACTIVITES
PROFESSION EXERCEE :	PROFESSION EXERCEE :
TEL PROFESSIONNEL :	TEL PROFESSIONNEL :

J'ai besoin du service de Restauration Scolaire :

Inscription en régulier

Semaines Paires

Semaines Impaires

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Restauration Scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Attention, il n'y a plus de réservations à effectuer pour les Accueils Périscolaires du Matin et du soir.

Seule la réservation de la cantine reste obligatoire (1 jour de carence seront appliqués pour toute annulation faite après le vendredi de la semaine précédente (avant 18h))

Inscription au planning

Les inscriptions au planning sont à faire au plus tard le vendredi précédant la semaine d'inscription (avant 18h). Le planning est disponible sur votre portail famille (<https://portail.berger-levrault.fr/MairieBlere37150/accueil>). Vous pouvez également envoyer un mail pour procéder à l'inscription (periscolaire@blere-touraine.com).

J'ai besoin du service des Accueils Périscolaires :

Matin

Soir

Non

Autorisations

Personne(s) autre(s) que les responsables légaux autorisé(s) à récupérer mon / mes enfants

NOM – PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

Les inscriptions se font en fonction des places disponibles et par ordre d'arrivée des dossiers **complets**

Dossier incomplet = inscription non validée

Ci-dessous la liste des documents à Fournir :

Attestions Quotient Familial (CAF, MSA)

Fiche d'Inscription par famille

Fiche Sanitaire pour chaque enfant

Justificatif de Domicile

Copie des Vaccins (P98-100)

Attestation d'assurance par enfant

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, _____

Déclare avoir complété ou mis à jour le dossier d'inscription (portail famille ou dossier papier).

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription.

Déclare avoir lu le règlement intérieur du périscolaire et l'accepte. M'engage à respecter toutes les conditions de celui-ci.  **(Changement)**

Déclare avoir pris connaissance des tarifs en vigueur et je m'engage à régler les prestations relatives aux différentes présences de mon enfant.

Date et Signature :

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
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 **traitement** pendant l'accueil ? oui non

Si oui joindre **ordonnance** récente et **médicament** correspondant (**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 AIGÜ 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, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET **PRÉCAUTIONS À PRENDRE** .)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT D'UNE 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 : _____ Portable _____ Travail _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, 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 hospitalisation.

N° de sécurité _____

Date : _____ Signature : _____

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

OBSERVATIONS
