



**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**Service Péri-scolaire**  
**Bléré**  
**Année 2024 / 2025**

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

**RESPONSABLES LEGAUX**

N° Identifiant CAF : .....	
Je perçois l'aide AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant Handicapé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
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 ( <b>OBLIGATOIRE</b> ) : .....	ADRESSE MAIL ( <b>OBLIGATOIRE</b> ) : .....
.....@.....	.....@.....
<input type="checkbox"/> DESTINATAIRE DES FACTURES DES ACTIVITES	<input type="checkbox"/> DESTINATAIRE DES FACTURES DES ACTIVITES
PROFESSION EXERCEE : .....	PROFESSION EXERCEE : .....
TEL PROFESSIONNEL : .....	TEL PROFESSIONNEL : .....

## 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

# Fiche d'Inscription aux Activités de l'ALP

## Restauration Scolaire :

J'ai besoin du service

Je n'ai pas besoin du Service

### Réservation 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"/>

OU

### Réservation Ponctuelle

Les réservations 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>).

## Accueil Périscolaire :

J'ai besoin du service

Je n'ai pas besoin du Service

Matin

Soir

### Information Transport Scolaire :

Je Suis Inscrit

Oui

Non

Si oui, le numéro de carte de mon enfant est : .....

Emplacement  
QR Code pour  
nouveau  
Reglement  
Interieur

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

\_\_\_\_\_ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche de réinscription.

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

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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> 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	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, 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 : domicile \_\_\_\_\_ 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**

---

---

---