

## FICHE SECRETARIAT

**IDENTITE DE L'ELEVE**

Nom(MAJUSCULE) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_ Nom de l'enseignant (si connu) : \_\_\_\_\_

L'enfant habite chez :  Parents  Père  Mère  Autres

En cas de garde alternée, l'enfant habite chez :

 Père selon l'organisation suivante : Mère selon l'organisation suivante : Autre, organisation à préciser :Première inscription Réinscription 

N° Allocataire CAF : \_\_\_\_\_ Quotient Familial : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES****Responsable légal 1 :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Email (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Tél portable (**obligatoire**) : \_\_\_\_\_ Tél domicile : \_\_\_\_\_ Tél professionnel : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur (nom, adresse) : \_\_\_\_\_

**Responsable légal 2 :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Email (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Tél portable (**obligatoire**) : \_\_\_\_\_ Tél domicile : \_\_\_\_\_ Tél professionnel : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur (nom, adresse) : \_\_\_\_\_

**Autre personne constituant le foyer (beaux-parents, tuteur, autres...)**

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Tél portable (**obligatoire**) : \_\_\_\_\_ Tél domicile : \_\_\_\_\_

En cas de séparation (si exercice conjoint de l'autorité parentale ou « garde alternée ») l'un des parents indiquera obligatoirement l'adresse administrative, à laquelle seront rattachés et facturés toutes les inscriptions au restaurant scolaire. Précisez la volonté de partage des factures le cas échéant.

Situation familiale des parents :

- Célibataire    Mariés    Vie maritale    Pacsés    Séparés    Divorcés    Autres

#### DOCUMENTS À FOURNIR

Les documents ci-dessous doivent être **obligatoirement joints** (photocopie) au dossier d'inscription. À défaut, l'inscription ne pourra être effectuée.

#### **À fournir par vos soins :**

- Attestation d'assurance extrascolaire qui couvre l'enfant.
- Attestation de paiement CAF (du mois en cours) où figure le n° allocataire.
- Intégralité du ou des livret(s) de famille(s) pour établir la filiation (familles recomposées).
- Jugement précisant l'autorité parentale et le mode de garde (en cas de séparation ou divorce).
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois pour chaque personne destinataire de tout ou partie des factures (quittance de loyer, EDF, ....)
- Dernier avis d'imposition.

#### **À compléter et à nous retourner signé :**

- Annexe 1 : Fiche sanitaire + copie du carnet de santé
- Annexe 2 : Autorisations parentales
- Annexe 3 : Fiche d'inscription unique
- L'engagement des responsables légaux

#### **À conserver :**

- Annexe 4 : Règlement restaurant scolaire
- Annexe 5 : Règlement de l'accueil périscolaire
- Annexe 6 : Règlement de l'étude

**ATTENTION : Sans justificatif de ressources, le tarif du quotient familial le plus élevé sera systématiquement appliqué.**

Je soussigné(e) : (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_

- Accepte de recevoir par email ou par SMS les informations sur la facturation
- Souhaite recevoir la facturation à domicile par voie postale
- S'engage à avertir tout changement de quotient familial en cours d'année.

Certifie sur l'honneur que l'inscription périscolaire de mon enfant est effectuée conjointement. Cette démarche n'exonère pas de l'inscription scolaire.

Date :   /   /

Signature du responsable légal 1 :

Signature du responsable légal 2 :

## ANNEXE 1 Fiche sanitaire de liaison

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination



NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

SEXE : M  F 

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

## 2-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

## 3-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....

## 1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## ALLERGIES : ALIMENTAIRES

 oui  non

## MÉDICAMENTEUSES

 oui  non

## AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

 oui  non

Précisez .....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

## ANNEXE 2 Autorisations parentales

Autorisation de sortie de l'établissement d'accueil :

Je soussigné(e) Mme et/ou M : \_\_\_\_\_

Autorise mon enfant (nom et prénom) : \_\_\_\_\_

En classe de :

**A quitter l'établissement (groupe scolaire ou le PAM Accueil le cas échéant) :**

- Seul(e)(s),  
 Avec l'un des responsables légaux identifié au sein du présent document  
 Avec une tierce personne : Mme. Mlle. M. \* :



Lien avec l'enfant :

**\*ATTENTION : Seules les personnes inscrites sur ce document seront autorisées à reprendre votre enfant.**

Autorisation photo :

Je donne l'autorisation à la Ville de Pont-à-Marcq de photographier et filmer mon enfant précédemment cité et d'en utiliser le produit uniquement dans le cadre de l'accueil périscolaire (site de la ville, presse locale, Facebook de la commune, MMEP, flashes infos et rétrospective en fin d'année).

Oui

Non

Autorisation d'hospitalisation d'urgence :

En cas d'accident et /ou d'urgence, j'autorise le transport de mon enfant précédemment cité en centre hospitalier.

Oui

Non

À Pont-à-Marcq, le

Signature du responsable légal 1 :

Signature du responsable légal 2 :

## ANNEXE 3 Fiche d'inscription

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_ CLASSE : \_\_\_\_\_

**Restauration scolaire**

FREQUENCE HEBDOMADAIRE SOUHAITEE AU RESTAURANT SCOLAIRE  
(Valable pour l'année en cours)

A compter du 01/09/20..... :  Oui  Non ou à compter du :

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

Cocher d'une croix la ou les case(s) correspondante(s) au(x) jour(s) de présences régulières de l'enfant au restaurant scolaire.

**Voir le règlement ci-joint pour les conditions de réservations ou d'annulations de repas, ainsi que pour les paiements et retards de paiement.**

La présente demande restera valable jusqu'à la date de fin de l'année scolaire de référence, sauf modifications écrites par les responsables légaux.

**Régime Alimentaire**

Pas de régime particulier  Sans viande  PAI  Autre : .....

Si « autre » la collectivité traitera la demande au cas par cas.

Si PAI (Projet d'Accueil Individualisé), joindre **obligatoirement** un certificat médical précisant les champs d'exclusion.

Exclusions alimentaires détaillées en lien selon le certificat médical :

---



---



---

**Le PAI doit obligatoirement être établi entre la famille, la mairie, l'école, le médecin scolaire et le médecin traitant. L'école doit être contactée en premier**

**Accueil Périscolaire**

FREQUENCE HEBDOMADAIRE SOUHAITEE A L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE  
(Valable pour l'année en cours)

A compter du 01/09/20..... :  Oui  Non ou à compter du :

LUNDI		MARDI		JEUDI		VENDREDI	
Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir

Cocher d'une croix la ou les case(s) correspondante(s) au(x) jour(s) de présences régulières de l'enfant.

Etude surveillée

FICHE D'INSCRIPTION A REMETTRE **OBLIGATOIREMENT** A LA MAIRIE POUR BENEFICER DE CE DISPOSITIF.

Inscription à la période (en fonction des dates de l'année de référence) :

Période 1 : entre la rentrée de septembre et les vacances d'octobre

Période 2 : entre la rentrée d'octobre et les vacances de Noël

Période 3 : entre la rentrée de janvier et les vacances de février

Période 4 : entre la rentrée de février et les vacances d'avril

Période 5 : entre la rentrée d'avril et les grandes vacances

Les fiches d'inscriptions seront disponibles en mairie ou sur le site de la commune à chaque nouvelle période.

J'inscris mon enfant pour **la période 1** aux jours suivants :

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

**Les inscriptions sont à renouveler pour chaque période** auprès de l'accueil de la Mairie. Cette démarche est à réaliser durant la période en cours pour la période suivante.

Après l'étude surveillée (à 17h30), j'autorise mon enfant :

-à rejoindre l'accueil périscolaire : OUI NON

-à sortir seul (e) : OUI NON

-à sortir accompagné(e) : OUI NON

Si une autre personne est autorisée à reprendre votre enfant, merci d'indiquer son identité :.....

Selon le règlement ci-joint, le nombre d'inscrit est limité. L'inscription est enregistrée selon l'ordre d'arrivée.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter

Fait à ..... le .....

Signature du responsable légal 1 :

Signature du responsable légal 2

Engagement des responsables légaux

**Ce document est à remettre à l'accueil de la mairie au moment de l'inscription avec la fiche secrétariat, les pièces à fournir, les annexes 1 à 3 renseignées.**

Je soussigné,

.....responsable légal 1 ;

..... responsable légal 2 ;

Reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des informations consignées dans le dossier d'inscription unique aux activités périscolaires de la ville de Pont-à-Marcq et avoir reçu et pris connaissance des annexes suivantes :

- Annexe 4 : Règlement restaurant scolaire
- Annexe 5 : Règlement de l'accueil périscolaire
- Annexe 6 : Règlement de l'étude

Je m'engage à respecter les dispositions du présent document et de l'ensemble de ses annexes.

Date et signature du responsable légal 1 :

Date et Signature du responsable légal 2 :