



**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
CANTINE SCOLAIRE ET ACCUEIL PERISCOLAIRE  
ANNEE 2023 / 2024

Page 1/3

**Dossier d'inscription unique**

**Les parents ou responsables légaux**

**RESPONSABLE 1**

Nom :

Prénom :

Qualité :  père  mère  tuteur

autre (précisez)

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél du domicile :

Tél professionnel :

Tél portable :

E-mail :

**RESPONSABLE 2**

Nom :

Prénom :

Qualité :  père  mère  tuteur

autre (précisez)

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél du domicile :

Tél professionnel :

Tél portable :

E-mail :

Responsable de la facturation

Nom :

Prénom :

CAF (obligatoire)

Nom du bénéficiaire :

N° d'allocataire :

Je déclare exact les renseignements portés sur le présent dossier.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire et de restauration.

Fait à

Le

Signature du (des)  
responsable(s)



**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
CANTINE SCOLAIRE ET ACCUEIL PERISCOLAIRE  
ANNEE 2023 / 2024

Page 2/3

**Dossier d'inscription unique**

**FICHE ENFANT**

Nom : Prénom :  
Adresse :  
Code Postal : Ville :  
Date de naissance :  
Niveau de classe fréquentée à la rentrée (septembre 2023) :

**RENSEIGNEMENTS**

Nom de l'assurance responsabilité civile :  
Adresse : Tél :  
Code Postal : Ville :  
N° de sociétaire :  
Nom de l'assurance scolaire et / ou extra-scolaire :  
Adresse : Tél :  
Code Postal : Ville :  
N° de sociétaire :

**RENSEIGNEMENTS EN CAS D'URGENCE**

Personne à prévenir d'urgence en l'absence du représentant légal :  
Nom : Prénom : Tél :  
Contre-indications, allergie ou régime alimentaire ne relevant pas d'une allergie :  
P.A.I (projet d'accueil individualisé) à fournir obligatoirement le cas échéant :  Oui  Non

Fait à Signature du (des)  
Le responsable(s)



# AUTORISATIONS

## CANTINE SCOLAIRE ET ACCUEIL PERISCOLAIRE

### ANNEE 2023 / 2024

Page 3/3

**Dossier d'inscription unique**

Nom-Prénom de l'enfant :

Classe : \_\_\_\_\_

#### AUTORISATION DE SORTIE

Votre enfant de **primaire** est-il autorisé à sortir seul ?  Oui  Non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant (autres que les parents ou tuteur) :

Nom	Téléphone	Lien de parenté

#### AUTORISATION ANNUELLE DE SORTIE DANS LE VILLAGE

Autorise mon enfant à participer à toutes les sorties, dans le village, organisées par le service d'accueil périscolaire de la commune, dans le cadre de ses activités pédagogiques au cours de l'année 2023-2024.

Oui  Non

#### AUTORISATION DIFFUSION PHOTOS

Autorise la commune d'Orcemont ou ses partenaires à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre pédagogique et non commercial de la promotion des animations réalisées par ses services, dans le journal municipal, sur le site internet de la commune ou de ses partenaires.

Oui  Non

#### AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné(e)

responsable légal(e) de l'enfant :

déclare exact les renseignements portés sur le présent dossier autorise le Maire ou le personnel municipal à prendre toutes mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à

Le

Signature du (des)  
responsable(s)

--



# 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'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				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.

## 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MEDICAMENTEUSES  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.

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

## 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

## 4-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 :