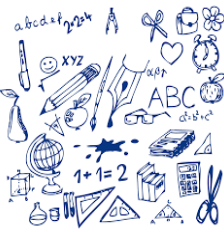




INSCRIPTIONS PERISCOLAIRES ANNÉE 2019/2020



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS

Notifier uniquement les enfants scolarisés en maternelle et élémentaire

| NOM ET PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE | ÉCOLE | CLASSE |
|---------------|-------------------|-------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

~ Votre enfant est-il en situation de handicap OUI NON

~ Si oui bénéficie-t-il de l'AEEH ou d'un PAI lié au handicap OUI NON

TEMPS PÉRISCOLAIRES DU MATIN ET DU SOIR MATERNELLE ET ÉLÉMENTAIRE

Jours de fréquentation des différents temps périscolaires (Inscrire le prénom du ou des enfants concernés)

| LES MATERNELLES | | | | |
|--|-------|-------|-------|----------|
| | LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
| Matin : 7h15-8h30 | | | | |
| Soir : A.P/A.B16h15-18h30 G.S/J.A/J.F 16h15-18h30 | | | | |
| LES ÉLÉMENTAIRES | | | | |
| | LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
| Matin : 7h15-8h30 | | | | |
| Soir : 16h30-17h30 Sauf Rab.Rich 16h15-17h30 | | | | |
| Études Surveillées A.P/ PLC/Rab.Rich 16h15 à 17h15 G.S : 16h30-17h30 | | | | |
| Soir : A.P/ PLC/Rab.Rich 17h15 à 18h30 G.S : 17h30-18h30 | | | | |

RAPPEL :

- **Les inscriptions périscolaires** : Les inscriptions sont obligatoires pour chaque année scolaire, tous enfants dont la famille n'aura pas fait les démarches ne pourront être pris en charge.
- **En élémentaires** : Pour le périscolaire du soir les familles souhaitant récupérer leur enfant entre 16h30-17h30 ou 16h15-17h15 (en fonction de l'école) doivent obligatoirement inscrire leurs enfants sur le périscolaire du soir et pas en études surveillées.
- **Études Surveillées** : Dès lors que votre enfant est inscrit à l'étude surveillée, il est demandé de ne le récupérer qu'à la fin du service, soit 17h15 ou 17h30. **Aucun enfant ne sera autorisé à partir avant sauf pour raisons médicales.**
- **Toute heure commencée est une heure due.**

TEMPS PÉRISCOLAIRES RESTAURATION MATERNELLE ET ÉLÉMENTAIRE

Jours de fréquentation de la restauration (Inscrire le prénom du ou des enfants concernés)

| LES MATERNELLES | | | | |
|------------------------|-------|-------|-------|----------|
| | LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
| | | | | |
| | | | | |

| LES ÉLÉMENTAIRES | | | | |
|-------------------------|-------|-------|-------|----------|
| | LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
| | | | | |
| | | | | |

RAMASSAGE SCOLAIRE MATERNELLE ET ÉLÉMENTAIRE

Des écoles : Rabelais-Richelieu / Anne de Bretagne /A. Paré/Paul Louis Courier / George Sand
Jours d'utilisation du transport scolaire (Inscrire le prénom du ou des enfants concernés)

| | LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
|-------|-------|-------|-------|----------|
| MATIN | | | | |
| SOIR | | | | |

Veillez-vous rendre au service Education Jeunesse afin de valider et récupérer la carte de transport scolaire

DATE :

SIGNATURE :

Dossier périscolaire à retourner au Service Éducation pour le 1 juin dernier délai.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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 |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diptérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

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 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 AIGÛ 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, 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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....