MAIRIE DE VAUX SUR MER

NOM : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Prénom : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

photo

DOSSIER d'INSCRIPTIONS
Année 2023 / 2024
PÔLE ENFANCE-JEUNESSE

. Pause méridienne + Restaurant scolaire

. Accueil périscolaire (garderie) : matin et soir

. Accueil de Loisirs : A.C.M. (Mercredi + Vacances Scolaires)

A rendre complet à partir du 01 Juillet 2023

TOUS LES RENSEIGNEMENTS RESTERONT CONFIDENTIELS

Le dossier doit être retourné soit :

. En main propre à la directrice de l'Accueil de Loisirs + Périscolaire

. Par mail : centre.de.loisirs@vaux-atlantique.com

. Dans la boite aux lettres :

Pôle Enfance-Jeunesse 4 avenue Parc des Sports 17 640 VAUX-sur-MER	École de Vaux-sur-Mer 30 Rue de la Clairière 17 640 VAUX-sur-MER

En cas de dossier incomplet, vous n'aurez pas accès au Portail Famille et ne pourrez donc pas effectuer les réservations (Restauration scolaire – Accueil Périscolaire – Accueil de Loisirs)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(Accueil Périscolaire / Pause méridienne - Restauration / Accueil de Loisirs)

ENFANT

NOM : _____ **Prénom :** _____

Né(e) le : _____ / _____ / _____ **à :** _____

Classe en 2022 – 2023 : _____

Régime : ☐ **CAF** ☐ **M.S.A.** ☐ **pêche maritime** ☐ **autres : préciser** _____

Numéro allocataire CAF / MSA : _____ **Quotient Familial (QF) :** _____

Médecin traitant :

NOM : _____ **Tél. :** _____ **Commune :** _____

N° sécurité sociale (auquel est rattaché l'enfant) : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Situation de famille :

☐ **Marié(e)/pacsé(e)** ☐ **Divorcé(e)** ☐ **Veuf(ve)** ☐ **Célibataire** ☐ **Autre à préciser :** _____

Nom / Prénom des frères et sœurs : _____

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2	FAMILLE D'ACCUEIL
Nom Prénom			
Adresse			
Adresse de facturation (cocher)	☐	☐	☐
Téléphone portable			
Email			
Employeur Ville - Téléphone			

Nom et coordonnées des personnes à contacter (autre que les parents) OBLIGATOIRE

Nom - Prénom	Lien avec l'enfant *(Frère, oncle, voisin, ami...)*	☏ Téléphones	Autorisé à récupérer mon enfant	A prévenir en cas d'urgence
		Tél 1 : Tél 2 :	☐	☐
		Tél 1 : Tél 2 :	☐	☐
		Tél 1 : Tél 2 :	☐	☐
		Tél 1 : Tél 2 :	☐	☐

Traitement médical particulier : Prendre rendez-vous avec la directrice de l'Accueil de Loisirs + périscolaire

- Enfant en situation de handicap ☐ oui ☐ non
- Votre enfant a un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ☐ oui ☐ non

Si oui préciser : _____

Traitement spécifique : _____

Observations particulières : Prendre rendez-vous avec la directrice de l'Accueil de Loisirs + périscolaire

- Autres (allergie, intolérance, porte des lunettes...) : _____
- Compagnie d'assurance scolaire et extrascolaire : _____ N° sociétaire : _____

Autorisations / Attestations

Je soussigné, _____, responsable légal,

☐ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par le Pôle Enfance-Jeunesse

☐ Certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance périscolaire et extrascolaire (attestation à fournir)

☐ Autorise les responsables de la structure à donner à mon enfant, tous les soins nécessaires par son état en cas d'urgence.

☐ Autorise mon enfant *(à partir du CE2)* à quitter la structure avec son frère ou sa sœur *(à partir du collège)* sous couvert d'une décharge parentale complétée et remise au préalable.

☐ Approuve et atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et de la mention RGPD *(à consulter sur le site internet de la Mairie et/ou sur le Portail familles)*

☐ Atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins (copie du carnet de vaccination à fournir)

Toutes modifications en cours d'année au présent document doivent être signalées au Pôle Enfance-Jeunesse.
La commune n'est pas responsable des conséquences résultant d'informations erronées mentionnées sur cette fiche.

Conformément à la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, **vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant,** ainsi que le droit d'opposition que vous pouvez exercer à tout moment en vous adressant à SOLURIS délégué à la protection des données : 2, rue des Rochers 17100 SAINTES 05.46.92.39.05
Durée de conservation des données : elle ne pourra excéder une période de trois mois consécutifs au départ de l'enfant de la structure.
A titre d'information, des données anonymes seront traitées à des fins statistiques.

Vaux-sur-Mer, le _____ Signature des responsables légaux :

MAIRIE DE

VAUX SUR MER

Liste des documents à transmettre

- **La fiche de renseignement complétée**
- **La fiche sanitaire complétée**
- **Copie de l'attestation du quotient familial (QF)**
  - ↳ **disponible sur votre espace Caf ou MSA**
- **Copie d'un justificatif de domicile**
  - ↳ **taxe d'habitation de l'année fiscale en cours**
    ou facture du fournisseur d'énergie de moins de 3 mois
- **Attestation d'assurance**
  - ↳ **périscolaire et extrascolaire**
- **Copie du carnet de vaccination**
  - ↳ **les 2 dernières pages du carnet de santé**
- **L'autorisation de prélèvement complétée**
  - ↳ **pour les familles qui le souhaitent**
- **Tous documents utiles**
  - ↳ **jugement de divorce (pour les gardes alternées)**
  - ↳ **autres....**

Le nouveau Règlement Intérieur et la nouvelle Tarification seront validés par le Conseil Municipal du 17 Juillet 2023

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES POUR LE BON ACCUEIL DE VOTRE ENFANT AU SEIN DES STRUCTURES : Accueil Périscolaire – Cantine – A.C.M.

1 - ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM :.....

DATE DE NAISSANCE :..... ☐ GARÇON ☐ FILLE

2 - VACCINATIONS : merci de nous transmettre la photocopie des vaccinations, si l'enfant a eu de nouvelles vaccinations depuis la dernière fois que vous les avez transmis au service..

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

Aucun médicament ne sera administré, excepté dans le cadre d'un PAI mis en place.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME.....☐ oui ☐ non

ALIMENTAIRES...☐ oui ☐ non

MÉDICAMENTEUSES.....☐ oui ☐ non

AUTRES.....

UN « PA I » A-T-IL ETE MIS EN PLACE ? ☐ oui ☐ non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....
.....
.....

4 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT UN SUIVI EN MAISON DEPARTEMENTALE des PERSONNES HANDICAPEES et l'ALLOCATION d'EDUCATION de l'ENFANT HANDICAPES

Votre enfant est-il reconnu par la **MDPH ?** ☐ oui ☐ non

Percevez-vous **l'AEEH** ? ☐ oui ☐ non

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

.....

.....

.....

6 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

.....

TÉL. FIXE ET PORTABLE : ....

TÉL. DU TRAVAIL:.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT.....

Je soussigné(e), ...responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et ***autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant***.

Je m'engage à avertir le pôle enfance jeunesse des changements intervenant en cours d'année.

Date : Signature :