

FICHE D'INSCRIPTION

Mois de SEPTEMBRE à DECEMBRE 2014

FICHE INDIVIDUELLE à rendre avant le vendredi 4 juillet 2014 matin

Nom :		Prénom :	
Classe à la prochaine rentrée :		Instituteur(rice) :	

Téléphone du représentant légal _____

PERISCOLAIRE du matin de 7h20 à 8h20

	SEPTEMBRE					OCTOBRE					NOVEMBRE					DECEMBRE					
Lundi	1	8	15	22	29		6	13	V	V	3	10	17	24		1	8	15	V	V	Total
Mardi	2	9	16	23	30		7	14	V	V	4	F	18	25		2	9	16	V	V	Total
Mercredi	3	10	17	24	1	8	15	V	V	5	12	19	26		3	10	17	V	V	Total	
Jeudi	4	11	18	25	2	9	16	V	V	6	13	20	27		4	11	18	V	Total		
Vendredi	5	12	19	26	3	10	17	V	V	7	14	21	28		5	12	19	V	Total		

V = Vacances F = Férié

RESTAURATION SCOLAIRE

	SEPTEMBRE					OCTOBRE					NOVEMBRE					DECEMBRE					
Lundi	1	8	15	22	29		6	13	V	V	3	10	17	24		1	8	15	V	V	Total
Mardi	2	9	16	23	30		7	14	V	V	4	F	18	25		2	9	16	V	V	Total
Jeudi	4	11	18	25	2	9	16	V	V	6	13	20	27		4	11	18	V	Total		

Information parents:

MERCREDI APRES LA CLASSE

ATTENTION : 1 seul choix possible par colonne !

Mercredi après la classe		SEPTEMBRE					OCTOBRE					NOVEMBRE					DECEMBRE					Total
		3	10	17	24		1	8	15	V	V	5	12	19	26		3	10	17	V	V	
Mon enfant n'ira pas à l'accueil de loisirs	Je le récupère à 11h45																					
	Je le récupère à la garderie (12h40 au plus tard)																					
	Je le récupère après la cantine (13h30)																					
Mon enfant ira à l'accueil de loisirs (18h30 au plus tard)	Pas de cantine : je le récupère à 11h45 et le ramène à 13h30																					
	Je le laisse à la cantine de l'accueil de loisirs																					



Cochez un seul choix dans chaque colonne !

Activités du Vendredi (13h30-16h30)

Vous avez le choix d'inscrire ou pas votre enfant aux activités du vendredi après-midi organisées à partir de septembre 2014. **Dans tous les cas, vous devez compléter le tableau ci-dessous.**

- Si votre enfant est en **école maternelle**, des activités spécifiques aux moins de 6 ans lui seront proposées.
- Si votre enfant est en **école élémentaire**, il suivra 6 cycles d'activités dont : Sport / Langues et lettres / Arts et musique / Sciences, technologies, nature et découvertes / Culture et débats.

Merci dans tous les cas de compléter le tableau suivant :

VENDREDI APRES LA CLASSE		ATTENTION : 1 seul choix possible par colonne !																			
Vendredi après la classe		SEPTEMBRE					OCTOBRE					NOVEMBRE				DECEMBRE				Total	
		5	12	19	26		3	12	17	V	V	7	14	21	28		5	12	19		V
NON, mon enfant n'ira pas aux activités du vendredi après-midi	Je le récupère à 11h40																				
	Je le récupère à la garderie (12h40 au plus tard)																				
	Je le récupère après la cantine (13h30)																				
OUI, mon enfant ira aux activités du vendredi après-midi (jusque 16h30)	Pas de cantine : je le récupère à 11h40 et le ramène à 13h30																				
	Je le laisse à la cantine avant qu'il rejoigne ses activités																				



Cochez un seul choix dans chaque colonne !

Si vous avez fait le choix d'inscrire votre enfant aux activités du vendredi après-midi, vous devez choisir une **activité dominante que votre enfant suivra sur 2 cycles** ; merci de cocher l'activité choisie :

- + de Sport
- + de Langues et lettres
- + d'Arts et de musique
- + de Sciences, de technologies, de nature et de découvertes
- + de Culture et de débats

PERISCOLAIRE du soir de 16h à 18h30 (à partir de 16h30 le vendredi)																						
		SEPTEMBRE					OCTOBRE					NOVEMBRE				DECEMBRE						
		1	8	15	22	29	6	13	V	V	3	10	17	24	1	8	15	V	V	Total		
Lundi																						
Mardi		2	9	16	23	30		7	14	V	V	4	F	18	25		2	9	16	V	V	Total
Jeudi		4	11	18	25		2	9	16	V	V	6	13	20	27		4	11	18	V		Total
Vendredi		5	12	19	26		3	10	17	V	V	7	14	21	28		5	12	19	V		Total

Ville de Saint-Germain-au-Mont-d'Or

ACTIVITES et SEJOUR / ANNEE CIVILE 2014

L'ENFANT	
FICHE SANITAIRE DE LIAISON	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

1 – 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
Diphtérie				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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.

A titre indicatif 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 AIGÜ 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

MEDICAMENTEUSES

oui non



ALIMENTAIRES

oui non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours

oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

.....

ADRESSE.....

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

.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

