

VILLE DE LEZENNES

1 place de la République 59260 Lezennes 03 20 91 59 01

DEMANDE D'INSCRIPTION A LA RESTAURATION ET AUX ACCUEILS PERISCOLAIRES

● **Enfant Concerné**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin

Existence d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) :  oui  non

Ecole fréquentée en septembre 2020

Ecole maternelle Henri Coursier <input type="checkbox"/>	Ecole primaire Irène Joliot Curie <input type="checkbox"/>	Ecole Primaire Jules
--	--	----------------------

● **Prestations souhaitées**

A l'année :

Pause méridienne  Temps périscolaire (compléter le tableau ci-dessous)

	Jours souhaités (inscription à l'année)
<b>Accueil du matin</b> (7h20/8h30) Mercredi (7h20/8h50)	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
Pause méridienne 12h00/14h00	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
Accueil du soir 16h30/19h00	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
Mercredi après-midi 14h00/19h00	<input type="checkbox"/> Mercredi

Par mois :

Pause méridienne  Temps périscolaire (Fiches de présences au mois à remplir)

● **Adresse de facturation**

Adresse de facturation	Parent 1 <input type="checkbox"/>	Parent 2 <input type="checkbox"/>
Si autres préciser : .....		
.....		
.....		
<i>* En cas de garde alternée, veuillez nous fournir un calendrier précis</i>		

Date :

Signature :

**Déclaration sur l'honneur**

Je, soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, ....., déclare exact les renseignements portés sur ce dossier unique d'inscription.

Je m'engage à informer la ville de Lezennes de tout changement qui interviendrait au cours de l'année.

La ville de Lezennes décline toute responsabilité en cas d'informations erronées ou incomplètes figurant dans ce dossier.

Je déclare avoir lu et accepté le règlement intérieur qui reste à ma disposition.

Fait à ....., le ...../..... / .....

Signature du ou des responsables légaux :

VILLE DE LEZENNES

1 place de la République 59260 Lezennes 03 20 91 59 01

DEMANDE D'INSCRIPTION AUX ACCUEILS PERI ET EXTRASCOLAIRES

→ FICHE FAMILLE

Enfance 3/11 ans  
(Scolarisés en maternelle primaire)

Jeunesse 11/17 ans  
(Scolarisés collège et lycée)

**Nom et prénom enfant :**

● Renseignements famille

	Responsable légal (1)	Responsable légal (2)
Nom/Prénom	.....	.....
Adresse	..... ..... .....	..... ..... .....
Situation familiale	Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/>	Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/>
Tél (portable)	.....	.....
Tel (bureau)	.....	.....
Adresse mail (Obligatoire)	..... .....	..... .....
Profession	.....	.....
Employeur	.....	.....
N° Allocataire (CAF) (Obligatoire ou Avis d'Imposition)	.....	.....

● Renseignements enfants

	Nom & prénom	Date de naissance	Classe fréquentée à la rentrée
1 <sup>er</sup> enfant			
2 <sup>ème</sup> enfant			
3 <sup>ème</sup> enfant			
4 <sup>ème</sup> enfant			

VILLE DE LEZENNES

1 place de la République 59260 Lezennes 03 20 91 59 01

FICHE SANITAIRE POUR LES ACCUEILS PERI ET EXTRASCOLAIRES

→ Une fiche sanitaire par enfant

Enfance 3/11 ans  
(Scolarisés en maternelle primaire)

Jeunesse 11/17 ans  
(Scolarisés collège et lycée)

1- ENFANT

NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 Date de naissance : ...../...../.....  
 Fille  Garçon   
 Classe : .....Ecole : .....  
 Numéro de Portable du Jeune (11/17 ans) : .....

2- RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 Qualité :	Responsable légal 2 Qualité :
NOM : ..... .....	NOM : ..... .....
PRENOM : ..... .....	PRENOM : ..... .....
Adresse : ..... ..... ..... .....	Adresse : ..... ..... ..... .....
Téléphone : ...../...../...../...../.....	Téléphone : ...../...../...../...../.....
Portable : ...../...../...../...../.....	Portable : ...../...../...../...../.....
Téléphone professionnel : ...../...../...../...../.....	Téléphone professionnel : ...../...../...../...../.....

3- VACCINATIONS (Fournir photocopies du Carnet de Vaccination).

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	OUI	NON	Dates des derniers rappels
DT POLIO			...../...../ .....	BCG			...../...../ .....
DT POLIO+ coqueluche			...../...../ .....	Hépatite B			...../...../ .....
DT POLIO+ Coqueluche+ haemophilus			...../...../ .....	Rubéole Oreillons Rougeole			...../...../ .....

#### 4- RENSEIGNEMENTS GENERAUX ET MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Numéro de sécurité sociale de rattachement de l'enfant :

.....  
NOM et coordonnées du médecin traitant :

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

Allergies :                    oui     non  si oui lesquelles :

.....

Régimes alimentaires        oui     non  si oui lesquelles :

.....

*(Si votre enfant a des allergies alimentaires, veuillez aussi nous fournir un certificat médical, et si traitement= fournir P.A.I.)*

Contre-indications        oui     non  si oui lesquelles :

.....

L'enfant est-il soumis à un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) ?        oui     non

Si oui photocopie à joindre **obligatoirement**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des appareils dentaires etc....

Précisez :

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

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsion, hospitalisation, opération...) en précisant les dates :

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

Date :

Signature :

VILLE DE LEZENNES

1 place de la République 59260 Lezennes 03 20 91 59 01

FICHE AUTORISATIONS POUR LES ACCUEILS PERI ET EXTRASCOLAIRES

● Personnes autorisées à récupérer

**Nom et prénom de l'enfant :**

Nom & prénom	Qualité (voisin, ami, etc.)	Adresse & téléphone	A prévenir en cas d'urgence
			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

● Autorisations et droit à l'image

- Autorisation de participer aux sorties organisées dans le cadre des accueils des accueils péri et extrascolaires oui  non
- Autorisation d'hospitalisation et d'intervention médicale oui  non
- Autorisation d'utilisation du transport lié aux activités oui  non
- Autorisation à être filmé oui  non
- Autorisation à être photographié pendant les activités oui  non
- Autorisation d'apparaître sur support papier de communication de la ville oui  non
- Autorisation d'apparaître sur le site Internet de la ville oui  non

● Autorisations à repartir seul

**(SEULS LES ENFANTS A PARTIR DE L'ECOLE JULES FERRY (CE2) SONT CONCERNES)**

- Autorisation après les (NAP) oui  non
- Mercredi entre 13h30 et 14h oui  non
- Accueil de Loisirs oui  non
- Maison des Jeunes oui  non

● Prise en charge de l'enfant par une association ou un club pendant les accueils péri et extrascolaires

Je soussigné(e), ....., autorise l'association/ club  
 .....  
 à prendre mon enfant .....

lundi  mardi  mercredi  jeudi  vendredi  
 Heure de départ : .....h..... → Heure de retour .....h.....

Date :  
 Signature :