

**Dossier concernant les enfants scolarisés à l'école « NDJA »**

**Dossier d'inscription à retourner au**

**Service Animation :**

**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

**Avant le 20 Juillet**

**Joindre une photocopie des vaccinations**

**Du restaurant scolaire**

**Accueil de loisirs mercredis**



**Service Animation  
Enfance Jeunesse  
6, rue des écoliers  
56130 SAINT-DOLAY  
Tél : 02/99/90/27/16  
E-mail :  
crabillard@saintdolay.fr  
Site internet :  
www.saintdolay.fr**

**Année 2019/2020**

**1. L'enfant :**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Fille :  Garçon :

Adresse de l'enfant à l'année :  
.....

Classe fréquentée pendant l'année scolaire 2018/2019 : .....

Enseignant : .....

Régime : Général CAF :  MSA :  Caisse Maritime ou autres :

N° Allocataire : ..... Quotient : .....

**2. RESPONSABLE(S) LEGAL (AUX) DE L'ENFANT :**

Père :  Mère :  Autres :

NOM : ..... En tant que : .....

PRENOM : .....

Adresse : .....  
.....  
.....

Domicile : .....



Portable : .....

E-mail : .....@.....

L'inscription de votre enfant vaut acceptation du règlement intérieur, téléchargeable sur le site internet de la Commune : [www.saintdolay.fr](http://www.saintdolay.fr), affiché à la Mairie ou Centre de loisirs.

J'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Lien de parenté	1	2	3
Nom			
Prénom			
Adresse			
Code postal			
Ville			
Tél domicile			
Téléphone portable			

Situation familiale :

Marié  Concubinage  Célibataire  Séparé  Divorcé  Garde alternée  Veuf (ve)

**3. FICHE SANITAIRE : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**

Pour faciliter la prise en charge de l'enfant en cas de nécessité, nous vous invitons à joindre au dossier d'inscription, une copie des vaccins notés au carnet de santé.

**Vaccin obligatoire :** DT polio : Oui  Non  Date du dernier rappel : .....

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, nous vous demandons de joindre un certificat médical de contre-indication.

**Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

Suit- il un traitement médical ? Oui  non

Si oui, joindre au service animation, une ordonnance récente et les médicaments correspondants

(Boîtes de médicaments dans leurs emballages 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 ? (cocher les cases)

Maladies	Oui	Non
<b>Rubéole</b>		
<b>varicelle</b>		
<b>angine</b>		
<b>scarlatine</b>		
<b>Coqueluche</b>		
<b>Otite</b>		
<b>Rougeole</b>		
<b>Oreillons</b>		

L'enfant présente-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...), qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

Oui  non

Si oui merci de préciser :

.....  
.....

Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives et/ ou dentaires...)

Merci de préciser : .....

Nom du médecin : .....  .....

#### 4. **RESTAURANT SCOLAIRE** :

La famille choisit les jours fixes pour lesquels un repas sera commandé pour l'enfant, et cela pour toute l'année scolaire

Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  vendredi

La famille choisit l'inscription occasionnelle pour une fréquentation irrégulière de l'enfant au service de la restauration.

Pour les modifications d'inscriptions ou repas occasionnels prévenir impérativement l'école avant 9 heures.

PAI (projet d'accueil individualisé en cas d'allergie) mis en place oui  non

Merci de préciser les allergies alimentaires et de fournir un certificat médical : .....

Autres allergies : .....

Demander fiche P.A.I. à la Mairie.

#### 5. **L'ACCUEIL DE LOISIRS EXTRASCOLAIRE : (mercredis)**

J'autorise mon enfant à participer à l'accueil de loisirs sur l'année 2019/2020.

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs des mercredis.

J'autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs accompagné par les personnes autorisées oui  non

**6. MODE DE REGLEMENT DE LA RESTAURATION ET L'ACCUEIL DE LOISIRS.**

**Adresse de facturation à indiquer :**

.....  
.....

Merci de nous indiquer le mode de règlement de votre facture :

**Je souhaite le règlement :**

Vous avez le choix :

1) Par chèque à l'ordre du Trésor Public en rappelant le numéro de la facture ou en espèces aux heures d'ouvertures de la Trésorerie : 6 rue Basse Notre 56130 LA ROCHE-BERNARD.

2) Par prélèvement automatique (si ce mode de règlement n'est pas encore établi pour l'année 2018/2019, joindre un RIB et remplir l'autorisation de prélèvement ci-jointe)

Je soussigné, .....responsable(s) légal (aux) de l'enfant : .....

Si vous optez pour ce mode de règlement, veuillez remplir le contrat de prélèvement et joindre un R.I.B.

3) Par internet à l'adresse suivante [www.tipi.budget.gouv.fr](http://www.tipi.budget.gouv.fr)

- J'autorise la Commune de SAINT-DOLAY (durant les temps extrascolaires et périscolaires) à photographier mon ou mes enfants et permets l'utilisation de l'image pour des présentations et communications exclusives de ces 2 entités. OUI  NON
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.
- Je déclare avoir pris connaissance du ou des projets pédagogiques (disponibles sur demande et affiché dans les différents points d'accueil), du règlement intérieur de l'accueil périscolaire et extrascolaire auxquels l'enfant participe et en accepter les modalités.
- Je m'engage à ce que mon enfant ait une tenue adaptée et soit apte physiquement à la pratique des activités pour lesquelles il est inscrit.
- Je m'engage à prévenir le service Animation Enfance et Jeunesse de tout changement concernant la situation familiale ou problèmes de santé de l'enfant.

A SAINT-DOLAY, le : .....

Signature du ou des responsables légal (aux) de l'enfant :