

Photo du 1^{er} enfantPhoto du 2^{ème}
enfant

DEMANDE ET RENOUELEMENT D'INSCRIPTION AUX SERVICES PÉRISCOLAIRE 2017 - 2018

Représentant légal

Représentant légal

NOM / Prénom :	NOM / Prénom :
Adresse :	Adresse :
Situation Familiale: <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé ou séparé (copie décision de justice) <input type="checkbox"/> Union maritale <input type="checkbox"/> Autres	
Tel dom :/...../.....	Tel dom :/...../.....
Port :/...../.....	Port :/...../.....
Adresse mail :	Adresse mail:
Dans le cas de séparation ou divorce, veuillez préciser <input type="checkbox"/> garde conjointe de l'enfant <input type="checkbox"/> garde confiée à la mère <input type="checkbox"/> garde confiée au père Les deux parents possèdent-ils l'autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Souhaitez-vous recevoir votre facture par mail : OUI : NON :

A quel régime d'allocataire êtes-vous affilié : C.A.F : n°allocataire M.S.A : AUTRE :

Autorise le Service Éducation
à consulter mon quotient familial sur CAFPRO : OUI : NON :

<i>1^{er} Enfant</i> <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F	<i>2^{ème} Enfant</i> <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F
NOM / Prénom :	NOM / Prénom :
Date de naissance : Lieu	Date de naissance : Lieu
Classe ou section à la rentrée :	Classe ou section à la rentrée :
INSCRIPTION OBLIGATOIRE À LA RESTAURATION POUR L'ANNEE SCOLAIRE	
Accueil de midi tous les jours : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Accueil de midi tous les jours : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Jours au choix : Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/>	Jours au choix : Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/>
Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>
<u>Attention</u> : tout changement devra être signalé en Mairie, en cas d'exception à raison d'une fois par trimestre.	
PRE INSCRIPTION AU PÉRISCOLAIRE	
Accueil du matin : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Accueil du matin : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Accueil du soir : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Accueil du soir : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Centre de loisir du mercredi après-midi : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Centre de loisir du mercredi après-midi : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<i>Il convient chaque mois de s'inscrire auprès des services de l'IFAC : formulaire en ligne sur le Portail Famille</i>	

*Tout changement sera signalé en Mairie soit :

- par courrier : Mairie de Tourrettes sur Loup, Place Maximin Escalier 06140 Tourrettes sur Loup
- par mail : educ@tsl06.com ou sur le [Portail Famille](#)

Pour tous renseignements, veuillez contacter Elodie Fabianelli au 04 93 59 40 69.

A Tourrettes-sur-Loup le ... / ... /

Signature du représentant légal :

Les Autorisations

Je soussigné (e) Monsieur et Madame _____

Parents de(s) l'enfant(s) : _____

Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant(s) à l'école et/ou aux services périscolaires et accueil de loisirs :

Merci de prévenir la personne autorisée de se doter d'une pièce d'identité, lorsqu'elle vient chercher l'enfant.

Nom et Prénom	Lien de parenté	Numéro de téléphone
		.../.../.../.../.....
		.../.../.../.../.....
		.../.../.../.../.....

Si une personne autre que celles indiquées ci-dessus venait chercher l'enfant, vous devrez auparavant nous avoir fourni une autorisation écrite et signée de votre part.

- Autorise la consultation de CAFPRO (site de la CAF pour obtenir le quotient familial) :
Oui Non si non, fournir dernier avis d'imposition ou tarif maximum appliqué
- Autorise en cas d'urgence à prendre toutes les mesures nécessaires par l'état de santé de mon enfant(s) (hospitalisation et/ou intervention chirurgicale)
Oui Non
- Autorise mon enfant(s) à être filmé ou photographié dans le cadre des activités périscolaires ou extrascolaires : Oui Non
- Autorise l'accueil de loisirs à utiliser les images de mon enfant(s) (internet, mairie ou IFAC, vidéo en interne ou journal...):
Oui Non
- Autorise la délivrance de médicaments, uniquement si un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est signé avec le médecin scolaire :
Oui Non

Uniquement pour les élémentaires :

- Autorise mon enfant inscrit aux temps périscolaires (NAPs, accueil du soir) à quitter seul l'établissement : Oui Non
Si oui, Précisez les heures : _____
- Autorise mon enfant inscrit à l'accueil de loisirs (vacances et mercredi soir) à quitter seul l'établissement : Oui Non
Si oui, Précisez les heures : _____

Signature des parents :

Les Renseignements médicaux

Une fiche par enfant

Nom de l'enfant :Prénom de l'enfant :

Indiquer ci-dessous les numéros à contacter en cas d'urgence (en plus des parents de la page 1)

Nom et Prénom	Lien de parenté	Numéro de téléphone
	/...../...../.....
	/...../...../.....

Nom et téléphone du médecin traitant : _____ tél : ____/____/____/____/____

Les vaccins (cocher et indiquer le dernier rappel) : JOINDRE copie des vaccins du carnet de santé

Vaccins	Effectué ?	Dernière vaccination
BCG	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
COQUELUCHE	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
DIPHTERIE	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
DT POLIO	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
HEPATITE B	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
POLIOMYELITIS	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
ROR	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
TETANOS	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
TETRACOQ	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Les Maladies

	OUI	NON
ANGINE		
COQUELUCHE		
OREILLONS		
OTITE		
ROUGEOLE		
RUBEOLE		
SCARLATINE		
VARICELLE		

L'enfant a-t-il des allergies ?

Pour tout changement, merci de vous rapprocher du directeur l'école pour mettre en place un PAI.

Allergies	Oui	Non	Précisez
ALIMENTAIRE			
ASHTME			
MEDICAMENTEUSES			
LACTOSE			
AUTRES			

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? Oui Non

Si oui, merci de préciser ci-dessous les détails : _____

Recommandations utiles des parents (port de lunettes, prothèses, difficultés de santé : _____

Nous soussignons,responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons les responsables des établissements d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature des représentants légaux