

# VILLE DE PONT-EVEQUE

## DOSSIER D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE

### PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

- Attestation d'assurance scolaire
- Carnet de santé de l'enfant
- Attestation CAF du quotient familial

#### **Seulement en cas de PAI :**

- Certificat médical
- PAI signé

Le dossier d'inscription est à retourner d'une des manières suivantes, dûment complété et accompagné des justificatifs demandés :

- Par courrier à l'adresse suivante :  
MAIRIE – SERVICE SCOLAIRE  
1, Place Claude Barbier  
BP 50057  
38783 PONT-EVEQUE Cedex
- Par mail à l'adresse : [inscription-scolaire@ville-pont-evequee.fr](mailto:inscription-scolaire@ville-pont-evequee.fr)
- A l'accueil du service scolaire directement : les Lundis, Mardis et Jeudi matin de 9h à 12h.

Nom :

Prénom :

Etablissement :



## DOSSIER D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE

### FICHE ENFANT

Nom : Prénom : Sexe :  M  F

Date de naissance : Lieu de naissance :  
Ecole : Classe :

#### Informations médicales :

Nom du médecin :  
N° de téléphone du médecin :  
Adresse :

Compagnie d'assurance : N° de police :

Assurance :

#### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

NOM	Prénom	Lien de parenté	Téléphone	Mobile

#### Informations complémentaires

Autorise à partir seul :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autorise la prise de photos lors des activités :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Port de lunettes :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Port d'un appareil dentaire :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Port d'un appareil auditif	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

#### Pratiques alimentaires

Type de régime alimentaire :

Commentaire :

# DOSSIER PERISCOLAIRE

## FICHE FAMILLE

### RESPONSABLE 1

Civilité :

Prénom :

Nom :

Situation

Qualité\* :

Situation familiale \*\*:

\*Père/Mère/Belle-Mère/Beau-père

\*\*Marié/Séparé/Divorcé/Veuf/Concubin/Célibataire/Union libre/Pacsé

### Adresse

Adresse :

Code Postal :

Ville :

### Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone mobile:

Courriel :

Téléphone professionnel :

### Profession

Profession :

Catégorie socio-professionnelle :

Employeur :

Adresse :

\*Agriculteur/Artisans, commerçants et chef d'entreprise/ Autres personnes sans activité professionnelle/ cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Profession intermédiaire/ Autre

### Organismes tiers

N° CAF :

N°MSA :

Régime\* :

\*Régime agricole/Régime général/ Hors régime général

### Autorisation

Informa

## FICHE FAMILLE

Suite

---

### RESPONSABLE 2

---

Civilité :

Prénom :

Nom :

Situation

Qualité\* :

Situation familiale \*\*: :

\*Père/Mère/Belle-Mère/Beau-père

\*\*Marié/Séparé/Divorcé/Veuf/Concubin/Célibataire/Union libre/Pacsé

### Adresse

Adresse :

Code Postal :

Ville :

### Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone mobile:

Courriel :

Téléphone professionnel :

### Profession

Profession :

Catégorie socio-professionnelle :

Employeur :

Adresse :

\*Agriculteur/Artisans, commerçants et chef d'entreprise/ Autres personnes sans activité professionnelle/ cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Profession intermédiaire/ Autre

### Organismes tiers

N° CAF :

N°MSA :

Régime\* :

\*Régime agricole/Régime général/ Hors régime général

## Autorisation

Information par mail :  OUI  NON

### Fiche sanitaire de liaison

#### 1 - Enfant

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**File  Garçon**

#### 2 - Vaccinations

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates Des Derniers Rappels	Vaccins Recommandé	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéoles Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

Attention : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

#### 3 - Renseignement médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (Boîtes de médicament 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 :

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 aigu 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

Médicamenteuse : Oui  Non

Alimentaires : Oui  Non

Autres : \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (Si automédication le signalez) :

---



---

Les difficultés de santé (Maladie, Accident, Crise convulsives, Hospitalisation, Rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre) :

---

---

---

---

## DOSSIER D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE

### FICHE D'INSCRIPTION AUX SERVICES

SERVICE	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
GARDERIE MATIN				
GARDERIE MIDI*				
GARDERIE SOIR				
CANTINE				
REPAS ADULTE				
OCCASIONNEL				

\*Seuls les enfants disposant d'u PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) sont concernés .

#### **▮ RAPPEL CONCERNANT LE REGLEMENT :**

- Les inscriptions se font uniquement auprès du service scolaire pendant les heures d'ouverture.
- Aucune inscription à la cantine ne sera prise en compte après le jeudi 10h, pour la semaine suivante.
- Tous service (cantine ou garderie) annulé moins de 48h à l'avance et sans motif valable, sera facturé.
- Pour les parents inscrivant leur enfant en garderie du soir, tout retard après 18h sera facturé 5€ par enfant et par quart d'heure.
- En cas de factures impayées, la collectivité se réserve le droit de ne pas renouveler l'inscription.
- Les accueils périscolaires s'adressent prioritairement aux enfants dont les parents (ou le parent isolé) travaillent où sont en formation. En cas d'effectifs trop nombreux, la collectivité se réserve le droit ne pas inscrire un enfant ne répondant pas à ce critère