

DEMANDE D'INSCRIPTION AUX ACCUEILS PERISCOLAIRES ANNEE SCOLAIRE 2024 / 2025

Cadre réservé au service administratif		Inscription dématérialisée possible sur le portail famille
Date d'arrivée :	N° DOSSIER :	
<input type="checkbox"/> Accueil	<input type="checkbox"/> PAI	
<input type="checkbox"/> Courrier	<input type="checkbox"/> dossier saisi	
<input type="checkbox"/> Portail Famille		

La date limite de retour des dossiers est le 19 juillet 2024

Année scolaire 2024/2025					
Ecole fréquentée	<input type="checkbox"/> maternelle Les Genêts		<input type="checkbox"/> maternelle JY Cousteau		
	<input type="checkbox"/> élémentaire F Dolto		<input type="checkbox"/> élémentaire JY Cousteau		
Niveau scolaire	<input type="checkbox"/> TPS	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> GS	
	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> CE1	<input type="checkbox"/> CE2	<input type="checkbox"/> CM1	<input type="checkbox"/> CM2 <input type="checkbox"/> autre

Pièces justificatives à fournir (prévoir une copie des documents)

- l'attestation d'assurance extra-scolaire de l'année scolaire à venir
- les pages de vaccinations de l'enfant
- l'attestation CAF du quotient familial de moins de 3 mois portant le numéro d'allocataire
le calcul des tarifs est basé sur le quotient familial, c'est pourquoi vous devez nous le communiquer.
A défaut, le tarif maximal sera appliqué
- le projet d'accompagnement individuel (PAI) si existant
- le jugement de divorce ou de séparation, le cas échéant

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

- en ligne grâce au portail famille
- au service scolaire, lors de permanence les lundis, mardis et jeudis de 9h à 12h
- en le déposant à l'accueil général de la mairie
- par courrier à la Mairie - Service scolaire - 1 Place Claude Barbier BP 50057 38783 PONT-EVEQUE cedex

Tout dossier incomplet sera retourné

Pensez à signaler tout changement de situation en cours d'année
par mail inscription-scolaire@ville-pont-eveque.fr ou via le Portail Famille

FICHE ENFANT

Nom	
Prénom	
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Né(e) le	
Lieu de naissance	
Département	Pays :

Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Conjointe	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Autre	
Garde de l'enfant	<input type="checkbox"/> Conjointe	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Garde partagée	<input type="checkbox"/> Autre

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Votre enfant bénéficie-t-il ou va-t-il bénéficier d'un projet d'accueil individualisé (PAI) oui non
Si oui, merci de joindre le PAI signé et le certificat médical sous enveloppe cachetée au nom de l'enfant

INFORMATIONS MEDICALES

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

Assurance	
Compagnie d'assurance	N° de police :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom Prénom	Lien de parenté	Téléphone	Mobile

Pours les enfants scolarisés en maternelle, les personnes doivent être majeures.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autorise à partir seul(e)	<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

FICHE REPRESENTANTS LEGAUX

RESPONSABLE LEGAL 1	
Nom	
Prénom	
Lien avec l'enfant	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur(ice)
Adresse	
Code postal / Ville	
Téléphone domicile	
Téléphone mobile	
Courriel	
Téléphone professionnel	
Situation familiale	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve)
Situation professionnelle	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> en recherche d'emploi <input type="checkbox"/> étudiant(e) <input type="checkbox"/> autre
Adresse employeur	
Organisme tiers N°CAF/MSA	
Autorisation information par mail	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

RESPONSABLE LEGAL 2	
Nom	
Prénom	
Lien avec l'enfant	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur(ice)
Adresse	
Code postal / Ville	
Téléphone domicile	
Téléphone mobile	
Courriel	
Téléphone professionnel	
Situation familiale	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve)
Situation professionnelle	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> en recherche d'emploi <input type="checkbox"/> étudiant(e) <input type="checkbox"/> autre
Adresse employeur	
Organisme tiers N°CAF/MSA	
Autorisation information par mail	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Pensez à signaler tout changement de situation en cours d'année

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

ENFANT

Nom

Prénom

Date de naissance

Féminin

Masculin

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (autres que les parents)

Nom - Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

VACCINATIONS CONTRE

Dates des derniers rappels

Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche Haemophilus Influenzae b Hépatite B	3 doses + 1 rappel à 6 ans + 1 rappel à 11 ans	
Pneumocoque	3 doses	
Méningocoque C	2 doses si vacciné avant 12 mois 1 dose si vacciné après 12 mois	
Rougeole Oreillons Rubéole vaccination effectuée entre 16 et 18 mois	2 doses	

Vaccins obligatoires pour les enfants nés après le 01/01/2018

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 :	Varicelle :	Angine :	Rhumatisme :	Scarlatine :
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	articulaire aigu Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche :	Otite :	Rougeole :	Oreillons :	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme :	Alimentaire :	Médicamenteuse :	Autres :
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Si OUI, merci de retourner au service scolaire un formulaire PAI rempli et de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Si automédication le signalez

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé en indiquant les précautions à prendre :

PRE-INSCRIPTION AUX ACCUEILS PERISCOLAIRES

FREQUENTATION DEMANDEE		
<p>Accueil du matin</p> <p><input type="checkbox"/> Lundi</p> <p><input type="checkbox"/> Mardi</p> <p><input type="checkbox"/> Jeudi</p> <p><input type="checkbox"/> Vendredi</p> <p><input type="checkbox"/> Occasionnellement</p> <p>A compter</p> <p><input type="checkbox"/> de la rentrée de septembre</p> <p><input type="checkbox"/> du au</p>	<p>Accueil du midi avec restauration scolaire</p> <p><input type="checkbox"/> Lundi</p> <p><input type="checkbox"/> Mardi</p> <p><input type="checkbox"/> Jeudi</p> <p><input type="checkbox"/> Vendredi</p> <p><input type="checkbox"/> Occasionnellement</p> <p>A compter</p> <p><input type="checkbox"/> de la rentrée de septembre</p> <p><input type="checkbox"/> du au</p>	<p>Accueil du soir</p> <p><input type="checkbox"/> Lundi</p> <p><input type="checkbox"/> Mardi</p> <p><input type="checkbox"/> Jeudi</p> <p><input type="checkbox"/> Vendredi</p> <p><input type="checkbox"/> Occasionnellement</p> <p>A compter</p> <p><input type="checkbox"/> de la rentrée de septembre</p> <p><input type="checkbox"/> du au</p>
PRATIQUE ALIMENTAIRE		
<input type="checkbox"/> Standard (avec viande)	<input type="checkbox"/> Alternatif (sans viande)	<input type="checkbox"/> Repas fourni par la famille PAI
Commentaires		

FACTURATION DES ACCUEILS PERISCOLAIRES - PRECISER QUI EST LE PAYEUR (le payeur doit obligatoirement signer le dossier)

- Responsable légal 1
- Responsable légal 2
- Facturation partagée : joindre un courrier signé des 2 responsables légaux ou ordonnance du juge

La facture sera envoyée automatiquement par mail et disponible sur l'espace famille via le Portail Famille.

En cas d'impayés, la Ville de Pont-Evêque suspendra l'admission à tous les services périscolaires et le Trésor public engagera des poursuites à l'encontre du destinataire des factures

AUTORISATION DE DONNEES

Afin de mettre à jour chaque année votre quotient familial utilisé dans le calcul de la facturation des accueils périscolaires, la collectivité doit recueillir votre consentement l'autorisant à récupérer directement vos données (quotient familial) auprès de la CAF ;

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, votre consentement nous permettra de consulter uniquement les éléments de votre dossier d'Allocations Familiales nécessaires au calcul de votre participation financière.

Je soussigné(e) :

Responsable légal de l'enfant :

- Autorise la Ville de Pont-Evêque à recueillir mes données auprès de la Caisse d'Allocations Familiales.

Numéro d'allocataire référent :

Numéro allocataire CAF :

- Je ne souhaite pas transmettre mon quotient familial et le tarif maximal me sera donc appliqué.

Je soussigné(e) :

Responsable légal 1 de l'enfant :

Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur, d'en accepter ses clauses.

Atteste que les déclarations ci-dessus sont conformes à la réalité

A Pont-Evêque, le

Signature (suivie de la mention « lu et approuvé »)

Je soussigné(e) :

Responsable légal 2 de l'enfant :

Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur, d'en accepter ses clauses.

Atteste que les déclarations ci-dessus sont conformes à la réalité

A Pont-Evêque, le

Signature (suivie de la mention « lu et approuvé »)