

## FICHE D'INSCRIPTION 2017/2018

NOMS et Prénoms des PARENTS : \_\_\_\_\_

**Situation familiale** : Célibataire  Mariés  Pacsés  Vie maritale  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. portable N°1 : \_\_\_\_\_ Tél. portable N° 2 : \_\_\_\_\_

Tél. fixe : \_\_\_\_\_

e-mail 1 : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ e-mail 2 : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

NOM et Prénom	ECOLE	Niveau	RESTAURATION cocher les cases souhaitées	TAP	Etude	Accueil matin	Accueil Soir
				(Cocher les cases selon vos choix)			
			L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>				
			L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>				
			L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>				
			L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>				
			L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/> PLANNING				

A COMPTER DU : \_\_\_\_\_

Repas sans porc  OUI

### Votre enfant fréquentera le Centre de loisirs le MERCREDI

TOUS les mercredis hors vacances scolaires \*

\* Attention sans annulation dans les délais tous les mercredis seront facturés

A la demande (réservation mercredi *dernier délai* pour le mercredi suivant)

**VACANCES SCOLAIRES** : Les inscriptions aux centres de loisirs s'effectuent au Guichet Unique de la Mairie conformément au règlement.

Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

N° Allocations Familiales :

Compagnie d'Assurance :

N° Police Assurance :

**Je reconnais avoir pris connaissance et accepte les règlements :**

**RESTAURATION - ACCUEILS - TA (temps d'accueils) - ETUDE**

Villeparisis, le \_\_\_\_\_

Signature des parents

Etre pris en vidéo	oui	non
Etre pris en photo	oui	non
Participation aux sorties	oui	non
Sortir seul de l'école	oui	non



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

NOM et Prénom de l'enfant

\_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance

\_\_\_\_\_

**Premier enfant**

ECOLE fréquentée :

\_\_\_\_\_

SEXE : MASCULIN  FEMININ

Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

**NOM et prénom des personnes responsables :**

\_\_\_\_\_

☎ Tel 1 \_\_\_\_\_ ☎ Tel 2 \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

☎ Tel travail 1 \_\_\_\_\_ ☎ Tel travail 2 \_\_\_\_\_

**Situation familiale** : Célibataire  Mariés  Pacsés  Vie maritale  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

**Médecin et hospitalisation**

Autorisation d'hospitalisation OUI  NON

Régime alimentaire :  
Repas sans porc  PAI

**Votre enfant souffre-t-il d'allergies alimentaires**

Allergies OUI  NON

Si oui, un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) est-il en place ou à prévoir ?  
(ce document est à retirer auprès de la Direction de l'école).

**INFORMATIONS OBLIGATOIRES**

Vaccins et Dates

DT POLIO \_\_\_\_\_

RAPPEL \_\_\_\_\_

Etre pris en vidéo OUI  NON

Etre pris en photo OUI  NON

Participation aux sorties OUI  NON

Sortir seul de l'école OUI  NON

**CANTINE** : Planning  ou

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

**CENTRE DE LOISIRS :**

TOUS LES MERCREDIS  (hors vacances scolaires)  
A la demande :

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET A REPRENDRE L'ENFANT**

Nom / Prénom / Lien de parenté

Numéro de téléphone

Autorisation à venir chercher l'enfant

OUI  NON

OUI  NON

OUI  NON

OUI  NON

OUI  NON

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise le responsable encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir le service de toute modification (changement d'adresse, de téléphone, problème de santé, situation familiale...)

Fait à Villeparisis, le \_\_\_\_\_

Signature des parents :



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

NOM et Prénom de l'enfant

\_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance

\_\_\_\_\_

**Deuxième enfant**

**ECOLE fréquentée :**

\_\_\_\_\_

SEXE : MASCULIN  FEMININ

Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

**NOM et prénom des personnes responsables :**

\_\_\_\_\_

☎ Tel 1 \_\_\_\_\_ ☎ Tel 2 \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

☎ Tel travail 1 \_\_\_\_\_ ☎ Tel travail 2 \_\_\_\_\_

**Situation familiale :** Célibataire  Mariés  Pacsés  Vie maritale  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

**Médecin et hospitalisation**

Autorisation d'hospitalisation OUI  NON

Régime alimentaire :  
Repas sans porc  PAI

**Votre enfant souffre-t-il d'allergies alimentaires**

Allergies OUI  NON

Si oui, un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) est-il en place ou à prévoir ?  
(ce document est à retirer auprès de la Direction de l'école).

**INFORMATIONS OBLIGATOIRES**  
Vaccins et Dates

DT POLIO \_\_\_\_\_

RAPPEL \_\_\_\_\_

Etre pris en vidéo OUI  NON

Etre pris en photo OUI  NON

Participation aux sorties OUI  NON

Sortir seul de l'école OUI  NON

**CANTINE :** Planning  ou

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

**CENTRE DE LOISIRS :**

TOUS LES MERCREDIS  (hors vacances scolaires)  
A la demande :

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET A REPRENDRE L'ENFANT**

Nom / Prénom / Lien de parenté

Numéro de téléphone

Autorisation à venir chercher l'enfant

OUI  NON

OUI  NON

OUI  NON

OUI  NON

OUI  NON

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise le responsable encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir le service de toute modification (changement d'adresse, de téléphone, problème de santé, situation familiale...)

Fait à Villeparisis, le \_\_\_\_\_

Signature des parents :



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

NOM et Prénom de l'enfant

\_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance

\_\_\_\_\_

**Troisième enfant**

**ECOLE fréquentée :**

\_\_\_\_\_

SEXE : MASCULIN  FEMININ

Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

**NOM et prénom des personnes responsables :**

\_\_\_\_\_

☎ Tel 1 \_\_\_\_\_ ☎ Tel 2 \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

☎ Tel travail 1 \_\_\_\_\_ ☎ Tel travail 2 \_\_\_\_\_

**Situation familiale :** Célibataire  Mariés  Pacsés  Vie maritale  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

**Médecin et hospitalisation**

Autorisation d'hospitalisation OUI  NON

Régime alimentaire :  
Repas sans porc  PAI

**Votre enfant souffre-t-il d'allergies alimentaires**

Allergies OUI  NON

Si oui, un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) est-il en place ou à prévoir ?  
(ce document est à retirer auprès de la Direction de l'école).

**INFORMATIONS OBLIGATOIRES**  
Vaccins et Dates

DT POLIO \_\_\_\_\_

RAPPEL \_\_\_\_\_

Etre pris en vidéo OUI  NON

Etre pris en photo OUI  NON

Participation aux sorties OUI  NON

Sortir seul de l'école OUI  NON

**CANTINE :** Planning  ou

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

**CENTRE DE LOISIRS :**

TOUS LES MERCREDIS  (hors vacances scolaires)  
A la demande :

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET A REPRENDRE L'ENFANT**

Nom / Prénom / Lien de parenté	Numéro de téléphone	Autorisation à venir chercher l'enfant
		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"/>
		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise le responsable encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir le service de toute modification (changement d'adresse, de téléphone, problème de santé, situation familiale...)

Fait à Villeparisis, le \_\_\_\_\_

Signature des parents :