

Tél. portable: | | | | | | | | | | Tél. lieu de travail: | | | | | | | | | |

(X) Justificatif à fournir obligatoirement	1ère inscription	Réinscription
(**) Justificatif à fournir uniquement en cas de changement	- en Maternelle - au Primaire - en ALSH	École et l'ALSH
- Justificatif de domicile de moins de trois mois du couple ou dans le cas d'une garde alternée, ☐ OUI joindre un: - Justificatif de domicile du père et de la mère, Si autre situation: - Attestation d'hébergement avec avis d'imposition de l'hébergeur.	X	**
Livret de famille dans son intégralité	X	**
Copies des pages du carnet de vaccinations	X	**
		X Rappel de vaccin à 6 ans (classe de CP) DTP - Coqueluche
Attestation d'assurance: Responsabilité Civile - Scolaire - Extrascolaire	X	X
Attestation CAF ou MSA	X	X
En cas de séparation ou de divorce: - Jugement - Attestation d'autorisation de scolarité	X	**
Mode de paiement par prélèvement automatique: Un RIB		
Enfant déjà inscrit dans un autre établissement scolaire fournir: Un certificat de radiation		

Attestation : Quotient Familial
Très important pour la prise en compte des tarifs pour les prestations cantine, périscolaire et l'ALSH.
A défaut le quotient le plus élevé sera appliqué. (Réactualisée en cours d'année scolaire)

N° d'allocataire CAF:	Allocataire MSA : ☐
Non allocataire CAF : ☐	Non Allocataire MSA : ☐
N° de Sécurité Sociale:	

REGLEMENTATION DE LA PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

La réglementation concernant la protection des données personnelles a évolué avec l'entrée en vigueur du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) depuis le 25 mai 2018. Les informations personnelles recueillies sur cette fiche, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre (vos) enfant(s) à l'école, et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Elles sont enregistrées et transmises aux services de la collectivité territoriale en charge de leur traitement. Ces données seront conservées ou éliminées selon les préconisations relatives au tri et à la conservation des archives produites par les communes établies par le Ministère de la Culture et de la Communication. Vous disposez à tout moment d'un droit d'opposition, accès, rectification, effacement et de limitation en vous adressant à la mairie de Colayrac-Saint Cirq. Pour toute question, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données de la collectivité, en adressant une demande par écrit accompagnée d'un justificatif d'identité à l'adresse suivante : Mairie de Colayrac-Saint Cirq - 14, rue des écoles - 47450.

GARDERIE PÉRISCOLAIRE (jours scolaires)

Mon enfant fréquentera la garderie :

☐ le matin ☐ l'après-midi ☐ occasionnellement ☐ jamais

Nous vous conseillons d'inscrire votre enfant à la garderie périscolaire car il pourrait être amené à la fréquenter au moins occasionnellement au cours de l'année scolaire (par ex : en cas de retard des parents).

SORTIES DES ENFANTS DE LA GARDERIE PÉRISCOLAIRE

→ Enfants d'âge maternel et du niveau CP

Ils ne seront pas autorisés à sortir seuls.

→ Enfants d'âge primaire des niveaux: CE1 - CE2 - CM1 - CM2

☐ J'autorise mon enfant à partir seul de la garderie périscolaire.

☐ Je n'autorise pas mon enfant à partir seul de la garderie périscolaire.

Nom - Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone									

CANTINE SCOLAIRE

Mon enfant fréquentera la cantine les jours suivants:

☐ Lundi	☐ Mardi	☐ Jeudi	☐ Vendredi
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

Réservation des menus: ☐ Normal ☐ Sans viande

→ La réservation des jours de fréquentation à la cantine sera ferme pour l'année scolaire.



→ Des modifications seront exceptionnellement possibles avec un **préavis de 7 jours** sur demande adressée uniquement par mail: mairie.colayrac.periscolaire@orange.fr

→ En cas d'absence les repas seront systématiquement facturés sauf si l'absence est liée à un motif médical

DROITS À L'IMAGE

Dans le cadre des activités, les équipes d'animation sont amenées à prendre les enfants en photo et/ou réaliser des vidéos.

☐ J'autorise

☐ Je n'autorise pas

La prise de photos et/ou de vidéos de mon enfant et leur diffusion.

ENGAGEMENT DU RESPECT DES RÈGLEMENTS

Soussigné(e),

Mme

M.

reconnait avoir pris connaissance du RÈGLEMENT INTÉRIEUR des SERVICES PÉRISCOLAIRES pour l'année 2023/2024 et m'engage à le respecter.

Le:

Le ou les représentants légaux de l'enfant

Signature

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

TUTEUR(S) LÉGAL(AUX)

☐ PÈRE

☐ MÈRE

☐ PÈRE

☐ MÈRE

Nom: Prénom:

Nom: Prénom:

Tél. portable:

Tél. portable:

Tél. lieu de travail:

Tél. lieu de travail:

ENFANT

Nom: Prénom:

 Date de naissance: Sexe: ☐ M ☐ F

MÉDECIN TRAITANT

Docteur: Tél.:

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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

Si **OUI**, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de votre enfant et accompagnées de leur notice).

**AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ À VOTRE ENFANT SANS ORDONNANCE,
À L'EXCEPTION DES ENFANTS QUI DISPOSENT D'UN P.A.I. (joindre document et ordonnance)**

 ♦ L'enfant a-t-il des allergies ? ASTHME ☐ OUI ☐ NON MÉDICAMENTEUSES ☐ OUI ☐ NON

 ALIMENTAIRES ☐ OUI ☐ NON AUTRES ☐ OUI ☐ NON

 Si **OUI**, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes de santé (Enurésie, maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducations, etc) en précisant les dates et les précautions à prendre.

L'enfant bénéficie-t-il d'un suivi ? : (Dans le cas de réponse positive, merci de l'indiquer ci-dessous)

- ♦ Chez un spécialiste (ORL, Dermatologue, Psychomotricienne, Pédopsychiatre...)
- ♦ Dans un centre médico-social (CMP, CMPP, CAMSP, Centre de guidance infantile...)
- ♦ Dans une structure associative (Planète autisme....)

 Votre enfant porte-t-il : ☐ Lunettes ☐ Lentilles ☐ Prothèses auditives ☐ Prothèses dentaires

 Un protocole d'accueil individualisé a-t-il été établi (P.A.I) ? ☐ OUI ☐ NON

Si **OUI**, merci de préciser si votre enfant suit un régime alimentaire particulier et/ou des troubles de la santé, une pathologie chronique et la conduite à tenir.

ETAT DES VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES	
			Derniers rappels	Prochains vaccins
Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite				
Coqueluche				
Haemophilus influenzae B (HIB)				
Hépatite B				
Pneumocoque				
Méningocoque C				
Rubéole - Oreillons - Rougeole				
AUTRE:				

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, **merci de joindre un certificat médical de contre-indication.**

Attention: le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

ETAT DES MALADIES

Votre enfant à-t-il eu les maladies suivantes:

MALADIES	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Otite		
Angine		
Rhumatisme articulaire aigu		

MALADIES	OUI	NON
Coqueluche		
Rougeole		
Scarlatine		
Oreillons		

ENGAGEMENT DU OU DES RESPONSABLES LÉGAUX

Soussigné(e),

Mme

M.

Déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche et,

☐ **Autorise,** ☐ **N'autorise pas** le responsable municipal à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Le:

Le ou les représentants légaux de l'enfant

Signature

Signature