

ANNÉE SCOLAIRE 2017-2018

INSCRIPTION AUX TEMPS D'ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES

Merci de coller ici
une photo de votre
enfant.

Prénom et NOM de l'enfant :

Cadre réservé à la
Mairie de Vauxbuin

Remis le :

Complet : OUI
 NON

Décision du Maire :

IMPORTANT : Le dossier de pré-inscription sera réputé complet seulement si l'ensemble des documents suivants aura été réuni et remis à la Mairie de Vauxbuin:

- La présente fiche de renseignements dûment complétée
- La fiche de liaison sanitaire complétée et signée
- La photocopie des pages vaccination du carnet de santé
- Les autorisations parentales dûment complétées et signées
- Une attestation de responsabilité civile pour l'année scolaire 2017/2018
- Un certificat médical détaillé obligatoire en cas d'allergie alimentaire ou d'un traitement médical suivi d'un Plan d'Accueil Individualisé (prendre contact avec la directrice de l'école).
- 1 photographie de votre enfant

RENSEIGNEMENTS

Prénom et NOM de l'enfant :

Né(e) le : à

Représentant légal de l'enfant :

Prénom et NOM du père :

Adresse :

Téléphone : / / / / / E-mail :

Profession :

NOM et coordonnées de l'employeur :

Prénom et NOM de la mère :

Adresse :

Téléphone : / / / / / E-mail :

Profession :

NOM et coordonnées de l'employeur :

Par la présente, je :

- souhaite l'inscription de mon enfant aux activités périscolaires mises en place par la commune de VAUXBUIN pour l'année scolaire 2017-2018 (suivant le tableau des activités proposées en annexe 1) ;
- certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et déclare en approuver les termes.

Fait à, le

Signature des parents ou du représentant légal :
(Faire précéder de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), Prénom et NOM :

Adresse :

Père / mère / représentant légal¹ de l'enfant :

<input type="checkbox"/> AUTORISE <input type="checkbox"/> N'AUTORISE PAS	La commune de VAUXBUIN à reproduire et diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par elle ou un intervenant de ma personne ou de celle de mon/mes enfant(s) pour les usages exclusifs suivants : journal municipal, illustration des sites internet de la commune et de l'UFOLEP, presse locale ou encore supports photos/vidéos de l'UFOLEP Aisne. Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans à compter du 4 septembre 2017. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des ces photos/vidéos ne devront pas porter atteinte à ma réputation, à ma vie privée ou à celle de mon/mes enfant(s).
<input type="checkbox"/> AUTORISE <input type="checkbox"/> N'AUTORISE PAS	Les responsables de la commune de VAUXBUIN ou les intervenants extérieurs à présenter notre/nos enfant(s) à un médecin ou à l'hôpital en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
<input type="checkbox"/> AUTORISE <input type="checkbox"/> N'AUTORISE PAS	Notre enfant à repartir seul dès la fin des activités proposées dans le cadre des activités périscolaires, soit à 11 h 30 ou 12 h 15 (le mercredi) et 16 h 25 ou 18 h 00
Dans le cas où ni son père ni sa mère n'est en mesure de venir récupérer l'enfant, nous autorisons Prénom et NOM : Lien avec l'enfant : à récupérer l'enfant à l'issue des activités organisées, soit à 11 h 30 ou 12 h 15 (le mercredi) et 16 h 25 ou 18h 00.	

Fait à, le

Signature des parents ou du représentant légal :
(Faire précéder de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

ANNEXE 1 - Tableau des activités proposées.

¹ Rayer la(les) mention(s) inutiles.

Mettre une croix dans l'activité retenue.	activité	Frais d'inscription pour l'année	Prix de l'activité	Réduction famille nombreuse
<input type="checkbox"/>	Garderie du matin	10 € par enfant	Gratuit	
<input type="checkbox"/>	Garderie du soir	10 € par enfant	2 € le ticket (vendu par lot de 10)	À partir du 3 ^e enfant, gratuit pour le 3 ^e enfant
<input type="checkbox"/>	Nouvelles Activités Péri-scolaires	10 € par enfant Gratuit si paiement des NAP en une fois pour l'année complète	6 € par semaine et par enfant. Paiement par cycle inter-vacances complet ² Si paiement en une fois pour l'année complète : 200 € par enfant	À partir du 3 ^e enfant, coût des activités à 50% du prix pour le 3 ^e enfant
<input type="checkbox"/>	Cantine	40 € par famille pour les enfants habitant VAUXBUIN et CHAUDUN 60 € par famille pour les extérieurs	4,40 € le ticket	À partir du 3 ^e enfant, gratuit pour le 3 ^e enfant
<p><u>Si inscription à l'ensemble des activités péri-scolaires</u></p> <p>Réduction de 30% sur les frais d'inscription.</p>				

² Se reporter au règlement intérieur des activités péri-scolaires pour connaître les dates des cycles inter-vacances.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES				DATES
	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	DATES	
Du DT polio					___/___/___
Du DT coq					___/___/___
Du Tétracoq					___/___/___
D'une prise polio					___/___/___
					___/___/___
1 ^{er} VACCIN	VACCIN		AUTRES VACCINS		DATES
	DATES	1 ^{er} RAPPEL	DATES	VACCINS	
REVACCINATION	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	___/___/___
.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : _____ N° DE TEL : _____ DOMICILE : _____ BUREAU : _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

 ARRIVEE LE ___/___/___
 DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

