



FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION ET DE LIAISON ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

SERVICES : Restauration – Périscolaire – ALSH
Valable du 1^{er} Septembre 2019 au 31 Août 2020

L'ENFANT

NOM Prénom :	Date de naissance :/...../.....	Sexe : M / F
ECOLE :	<input type="checkbox"/> Maternelle	<input type="checkbox"/> Elémentaire
	<input type="checkbox"/> Jacques Prévert	<input type="checkbox"/> Pierre Brossolette <input type="checkbox"/> Beausoleil

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Un responsable au moins, correspondant aux renseignements administratifs

Situation Familiale	<input type="checkbox"/> Marié	<input type="checkbox"/> PACS	<input type="checkbox"/> Vie Maritale	<input type="checkbox"/> Famille Recomposée	<input type="checkbox"/> Famille Monoparentale
	<input type="checkbox"/> Garde Alternée <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) :				

RESPONSABLE

CONJOINT/RESPONSABLE 2

Nom prénom :	Nom prénom :
Adresse :	Adresse :
Complément d'adresse :	Complément d'adresse :
CP Ville :	CP Ville :
Domicile :	Domicile :
Portable :	Portable :
Professionnel :	Professionnel :
Courriel :	Courriel :

AUTRES PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom :	Prénom :	:
Nom :	Prénom :	:
Nom :	Prénom :	:

INSCRIPTION AUX SERVICES

Veillez cocher vos choix en fonction des jours de la semaine

	Accueil du Matin (7h20-8h10)	Service de Restauration Scolaire	Accueil du Soir (16h30-17h30)
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALSH Mercredi	<input type="checkbox"/> Matin avec repas	<input type="checkbox"/> Après-midi avec repas	<input type="checkbox"/> Journée
	<input type="checkbox"/> Matin sans repas	<input type="checkbox"/> Après-midi sans repas	

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) M, Mme, donne autorisation au responsable pour :

Prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendu nécessaires par l'état de l'enfant. OUI NON

Laisser mon enfant rentrer seul(e) (enfant d'élémentaire uniquement) OUI NON

Accéder à mon compte CAF sur CAF PRO pour connaître mon quotient familial CAF OUI NON

Diffuser les photos et/ou vidéos de mon enfant pour l'usage suivant :
Archives, presse, plaquette de la Mairie, expositions, autres bulletins. OUI NON

Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris **connaissance du règlement intérieur**
(disponible sur le site de la commune <https://ville-lapennesurhuveaune.fr/>).

Fait à La Penne-sur-Huveaune, le Signature du Responsable :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Vaccins DT Polio (Copie de carnet de santé obligatoire) Date du dernier rappel :

L'enfant mange-t-il du porc : OUI NON

Mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) OBLIGATOIRE pour :

- Allergie médicamenteuse ou autres : OUI NON, précisez la cause de l'allergie :
- Allergie alimentaire : OUI NON, précisez la cause de l'allergie :
- Asthme chronique : OUI NON

AUTRES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES**

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ASTHME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

ORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin :

Adresse :

☎ :

Indiquez ci-après : les difficultés de santé, maladie, intolérance, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre

.....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Régime Général Sécurité Social : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	N° de Sécurité Social :
Autre régime : <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> EDF <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> MARITIME <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> Autres, précisez :	
N° CAF :	QF CAF :
Nom de la compagnie d'assurance :	
N° de l'assurance extrascolaire :	

QUOTIEN VILLE (cadre réservé à l'administration)

Revenu fiscal de référence de l'année scolaire : €		
Nombres de personnes au foyer :		QF calculé : €
Tarif A : <input type="checkbox"/> 0 à 321€	Tarif B : <input type="checkbox"/> 321 à 418€	Tarif C : <input type="checkbox"/> 418 à 525€
Tarif D : <input type="checkbox"/> 525 à 632€	Tarif E : <input type="checkbox"/> 632 à 805€	Tarif F : <input type="checkbox"/> 805 à 1075€
Tarif G : <input type="checkbox"/> 1075 à 1515€	Tarif H : <input type="checkbox"/> 1515€ et plus	Hors commune <input type="checkbox"/>

PIECES A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION

<input type="checkbox"/> Dernier avis d'imposition du foyer ou quotient CAF*	<input type="checkbox"/> Justificatif de domicile
<input type="checkbox"/> Livret de famille	<input type="checkbox"/> Copies du justificatif de garde (si séparation)
<input type="checkbox"/> Copies pages vaccins du carnet	

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS VALIDÉ

L'inscription n'est définitive qu'après vérification du paiement de toutes les factures éditées.

* Sans cette pièce, le dernier quotient (CF Tarif H) sera appliqué.