

Service périscolaire :  
[sylvie.asselin@leolagrange.org](mailto:sylvie.asselin@leolagrange.org)  
Tel :06.30.79.59.76

Partie réservée au service :	
N° d'arrivée :	
Ecole :	Classe :

Année scolaire 2020 /2021

Services d'accueil pour les enfants des écoles primaires et maternelles

# DOSSIER D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE

Dossier à retourner au plus tard le 31 juillet 2020

ANNEE SCOLAIRE 2020 / 2021

Cette fiche de renseignements est à remplir attentivement, afin que votre enfant soit inscrit et enregistré correctement, pour son confort et sa sécurité pendant les différents temps d'accueil qui vous sont proposés.

Le personnel de surveillance rencontre souvent des difficultés pour prévenir les parents en cas de problème de santé de l'enfant. Nous vous remercions de bien vouloir compléter cette fiche de façon précise et d'informer le Periscolaire de tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone.

NOM et PRENOM de l'enfant : ..... Né(e) le : .... / .... / .....

NOM de l'école fréquentée : ..... Classe : .....

NOM (s), PRENOM (s) du (des) responsable(s) : .....

Adresse du domicile : .....

N° ☎ du domicile : ..... N° ☎ entre 12 h et 14 h : .....

N° de ☎ portable : ..... Courriel : .....

Acceptez-vous que votre enfant puisse être photographié ou filmé en groupe et que son image puisse figurer sur des supports de communication municipale  : **oui**  **non** (cochez la case correspondante)

^^ Utilisation uniquement en interne : pas de Facebook ou autre.^^

Si vous n'êtes pas disponible, NOM et Tel de la (des) personne(s) à prévenir et autorisée(s) à récupérer l'enfant durant les temps périscolaires.

NOM : ..... PRENOM : ..... N° ☎ : .....  
 NOM : ..... PRENOM : ..... N° ☎ : .....  
 NOM : ..... PRENOM : ..... N° ☎ : .....

Seules les personnes figurants sur ce dossier sont habilitées à récupérer vos enfants

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant la présence de l'enfant sur les différents temps périscolaires.

**VACCINATIONS** (Remplir à partir du carnet de santé ou du carnet de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

Précisez s'il s'agit : Du DT polio, DT coq, Tétracoq, autre	Vaccins pratiqués	Dates

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

**INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :**

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations) :

Descriptifs	Dates

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

.....  
 .....  
 .....

N° Sécurité sociale	
Autre organisme : précisez	

**Attention : Aucun médicament ne sera administré à votre enfant durant les temps périscolaires. Toutefois, si votre enfant souffre de troubles chroniques ou allergiques il est impératif de mettre en place un Projet d'Accueil Individualisé afin de pouvoir apporter les réponses nécessaires en cas de problème (Transmettre obligatoirement un exemplaire au service éducation)**

Je soussigné (e),..... responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, autorise la commune à transmettre ce document à la personne référente des temps périscolaire de l'école et à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Le(s) représentant (s) légal(aux) Date : ..... Signature :

## LES SERVICES PERISCOLAIRES

### **L'accueil périscolaire** : (en fonction dès la rentrée)

- Ces temps d'accueil sont en fonction dès le premier jour d'école et sont encadrés par du personnel qualifié. Ils vous permettent de laisser votre enfant avant et après la classe du matin, avant et après la classe de l'après-midi (voir tableau page 4).
- La prise en charge de votre enfant est soumise à la remise de la fiche de présence ( A l'année ou au mois) en y apposant le nom, prénom de l'enfant ainsi que sa classe .

Des activités péri-éducatives seront organisées, sur les différents points de restauration ainsi que sur les temps du périscolaire, en fonction de la fréquentation et de la disponibilité des personnels intervenants.

### **Le service de restauration scolaire** : (en fonction dès la rentrée)

- L'inscription s'effectue directement auprès de la Directrice Mme Asselin Sylvie.
  - La réservation est obligatoire.
  - Les paiements sont possibles par :
    - Virement (RIB à demander à la directrice du site)
    - Chèque bancaire ; ANCV ; CESU
    - Espèce.

**Important :**

- La participation à l'ensemble des services nécessite la signature des règlements intérieurs ci-joints.
- Les modifications du dossier d'inscription seront possibles sur demande auprès la directrice.
- Les enfants inscrits sur la 1ere heure du soir pourront être récupérés par les parents à partir de 17h30.
- Départ échelonné de 17h30 à 18h30.

**NOUVEAU PLANNING HEBDOMADAIRE**

JOURS	ACCUEILS				
		MATIN	MIDI	APRES-MIDI	
LUNDI					
MARDI	Accueil Péri-scolaire	Temps de Classe 8h30 à 11h30	Restauration Scolaire 11h30 à 13h30	Temps de Classe 13h30 à 16h30	Accueil Péri-scolaire Garderie 1) 16h30 à 17h30 2) 17h30 à 18h30
JEUDI	Garderie				
VENDREDI	7h30 à 8h30				

Le dossier devra être déposé au péri-scolaire, (boîte aux lettres à l'extérieur) avant le 31 juillet 2020. Les dossiers seront traités en fonction de leur date d'arrivée. Tout dossier incomplet ne sera pas enregistré par le service.

**INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES**

NOM : ..... PRENOM : .....

ECOLE : ..... CLASSE : .....

Adresse compagnie d'assurance : .....

## Décharge :

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'accueil de loisirs,

Je soussigné(e) .....

Responsable de l'enfant : .....

**Autorise**, mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs de l'accueil de loisirs.

**Certifie**, exacts les renseignements portés sur les documents ci-dessus.

**Décharge**, les organisateurs de toute responsabilités pour les accidents qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement d'accueil.

**Autorise**, les organisateurs à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence médicale.

Fait à ..... Le ...../...../.....

SIGNATURE :