

Prestations Péri et Extrascolaires DOSSIER D'INSCRIPTION 20 / 20



Service Enfance – Castelrose
Tél : 01.34.08.19.27 ou 09
s.enfance@ville-isle-adam.fr

Accueil de Loisirs Jean-Paul Nomblot
Tél. : 01.34.69.23.84
alsh@ville-isle-adam.fr

A IMPRIMER EN RECTO VERSO (si possible) – NE RIEN AGRAFER

ENFANT :

Nom : Prénom :
Ecole Fréquentée : Niveau de classe :

REDEVABLE(S) :

- ☐ Nom du responsable redevable
☐ Facturation selon planning de garde alternée (uniquement avec jugement statuant sur la garde alternée).

FACTURES (mode de transmission)

Je souhaite :

- ☐ Télécharger moi-même mes factures sur le Portail Famille. Je renonce donc à l'envoi par voie postale.
☐ Recevoir ma facture par courrier.

PLANNINGS DES PRESTATIONS A GERER PAR LES FAMILLES SUR LE PORTAIL FAMILLE

Régime alimentaire : ☐ Aucun ☐ Sans porc ☐ PAI alimentaire – voir p3 (repas fourni par la famille)

ACCEPTATION DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

- ☐ Déclare avoir pris connaissance et m'engage à respecter le règlement de fonctionnement des prestations périscolaire et extrascolaires (3 /11 ans), téléchargeable sur le site de la ville.

Rappels conditions validation du dossier d'inscription :

1/ Le dépôt de ce **dossier complet** (dossier d'inscription + fiche sanitaire de liaison) **est obligatoire** pour valider l'inscription de votre enfant aux prestations choisies.

2/ Pour rappel : conformément au règlement de fonctionnement concerné « **Pour toute inscription, les factures doivent être soldées** ».

Si ces deux conditions ne sont pas remplies votre enfant ne pourra pas être accueilli au sein des structures communales.

Fait à Le
Signature(s) du ou des représentants légal (aux)

Responsables légaux

RESPONSABLE 1 :

Nom – Prénom :

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél domicile : Tél portable :

Adresse mail :

Profession :

En activité : ☐ oui ☐ non

RESPONSABLE 2 :

Nom – Prénom :

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél domicile : Tél portable :

Adresse mail :

Profession :

En activité : ☐ oui ☐ non

SITUATION FAMILIALE DES RESPONSABLES LEGAUX

☐ Marié(e)s ☐ Union libre ☐ Pacsé(e)s

☐ Divorcé(e)s ☐ Séparés ☐ Veuf (ve)

LIEU(X) DE RESIDENCE DE L'ENFANT

☐ Responsable 1 ☐ Responsable 2

☐ Alternée

☐ Autre

Fiche Sanitaire de Liaison

Autorisations

Règlement de fonctionnement

Ce document est valable pour l'année scolaire en cours. Il est destiné à tous les enfants qui fréquentent la restauration scolaire, le périscolaire et l'extrascolaire.

ENFANT :

Nom – Prénom :

Date de naissance : ☐ garçon ☐ fille

Ecole Fréquentée : Niveau de classe :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

VACCINATIONS : Les photocopies des vaccins à jours sont à fournir obligatoirement.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication



L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) – Dossier de renouvellement sur le site de la Ville

- POUR DE L'ASTHME : ☐ OUI ☐ NON Précisez :
- POUR DES ALLERGIES AUX MEDICAMENTS : ☐ OUI ☐ NON Précisez :
- POUR DES ALLERGIES ALIMENTAIRES : ☐ OUI ☐ NON Précisez :
- Repas fourni par la famille : ☐ OUI ☐ NON
- AUTRES - Précisez :

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ RUBÉOLE | ☐ VARICELLE | ☐ ANGINE | ☐ COQUELUCHE | ☐ OTITE |
| ☐ SCARLATINE | ☐ ROUGEOLE | ☐ OREILLONS | ☐ RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | |

L'ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) : ☐ OUI ☐ NON. Précisez les dates et les précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Votre enfant porte-t-il :

- ☐ Des lentilles ☐ Des lunettes ☐ Des prothèses auditives ☐ Des prothèses dentaires ☐ Autres

AUTORISATIONS

Je soussigné(e),
autorise :

- ☐ OUI ☐ NON mon enfant à se baigner et à pratiquer des activités à caractères sportifs
- ☐ OUI ☐ NON la directrice de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et faire pratiquer les interventions d'urgences suivant les prescriptions du médecin.

- ☐ OUI ☐ NON la prise de vue et la publication des images sur lesquelles notre enfant apparaît ; ceci sur différents supports utilisés (écrit, électronique, audio-visuel) par la mairie de l'Isle-Adam et représentée par Monsieur le Maire, Sébastien PONIATOWSKI. Nous reconnaissons avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite pour les usages suivants : Publication dans le journal de la ville « Regards », exposition photos, anniversaire, sorties, séjours..., site internet de la commune et réseaux sociaux.

Si nous recevons des photos ou des films, nous nous engageons à les utiliser uniquement dans le cadre d'un usage familial. Nous reconnaissons également que les utilisations ne peuvent porter atteinte à notre vie privée et plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice.

Ces prises de vues ne seront pas exploitées dans un but commercial.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit.

En mon absence, j'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant et/ou **en cas de maladie**, à prévenir :

M. ou Mme Tél portable :Lien de parenté :

M. ou Mme..... Tél portable :Lien de parenté :

M. ou Mme Tél portable :Lien de parenté :

M. ou Mme Tél portable :Lien de parenté :