



**DEMANDE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE**  
(Une fiche par enfant)

**ENFANT :**

Nom : .....

Prénom : .....

**RESTAURATION**

Oui

Non

Régime :  Standard  Sans porc

PAI (allergies alimentaires, traitement médical ...)

**CENTRE D'ACCUEIL**

Oui

Non

matin  soir

Accueil du matin à partir de 7h15 et accueil du soir jusque 19h15

**ÉTUDE SURVEILLÉE**

Oui

Non

(A partir du CP, passage obligatoire avant le centre d'accueil)

**AUTORISATIONS PARENTALES**

**Votre enfant est inscrit en Centre d'Accueil :**

- Il n'est pas autorisé à venir seul le matin ni à repartir seul le soir.

**Si votre enfant est inscrit à l'Étude Surveillée :**

est autorisé à repartir seul

n'est pas autorisé à repartir seul le soir

**PERSONNES MAJEURES AUTORISÉES A DÉPOSER OU A VENIR RECHERCHER L'ENFANT**

Nom : .....

Prénom : .....

Majeur : oui

Lien de parenté ou autre (à préciser) : .....

☎ Téléphone: .....

📱 Mobile : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Majeur : oui

Lien de parenté ou autre (à préciser) : .....

☎ Téléphone: .....

📱 Mobile : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Majeur : oui

Lien de parenté ou autre (à préciser) : .....

☎ Téléphone: .....

📱 Mobile : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Majeur : oui

Lien de parenté ou autre (à préciser) : .....

☎ Téléphone: .....

📱 Mobile : .....

**AUTORISATIONS DE PUBLICATIONS POUR LA FAMILLE**

Des photographies, films, enregistrements seront effectués, sur lesquels peuvent figurer votre (vos) enfant(s) (lors de leur présence en centre d'accueil, restauration, étude surveillée) ainsi que les productions et œuvres originales réalisées durant les activités.

J'autorise / Nous autorisons,

la Ville de Soissons et les équipes d'encadrement des centres d'accueils, de la restauration et des études surveillées, à utiliser et à publier les photographies, films, enregistrements sur lesquels mon (mes) enfant(s) peut (peuvent) figurer, ainsi que les productions et œuvres originales réalisées.

- utilisation dans le cadre direct des activités périscolaires précitées :  OUI  NON

- utilisation extérieure : Site Internet et page Facebook de la Ville de Soissons ; tout autre support informatique tels que CD Rom, DVD - diaporama ; reportages journalistiques par presse écrite, Internet ou audiovisuelle ; réalisations audio-visuelles ; expositions thématiques.)  OUI  NON

La présente autorisation de publication est consentie à titre gratuit et ne donnera lieu en conséquence à aucune rémunération.

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I **ENFANT** : NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

SEXE 

Garçon	
--------	--

Fille	
-------	--

 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## II VACCINATIONS

**Joindre obligatoirement** une copie du carnet de santé, ou des certificats de vaccinations de l'enfant

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ  
 POURQUOI ? \_\_\_\_\_

## III RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA 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 DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRECISANT LES DATES :  
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducation)

	/ /
	/ /
	/ /

**Votre enfant ne pourra pas bénéficier des services périscolaires si vous n'avez pas effectué toutes ces démarches :**

- en cas de maladie de type asthme, urticaire .... ou en cas d'allergie, joindre obligatoirement le certificat médical d'un médecin allergologue.
- En cas de mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)** au sein de son école, il convient d'informer rapidement les **Affaires Scolaires** afin qu'une annexe à ce document soit réalisée, sans laquelle votre enfant ne pourra bénéficier des services périscolaires.

**Dans tous les cas, les médicaments nécessaires devront être à la disposition du personnel encadrant.**

L'enfant porte-t-il :     Des lunettes     Des prothèses dentaires     Autre : .....

## IV AUTRES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS JUGEZ UTILES DE PORTER A NOTRE CONNAISSANCE :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT SPECIFIQUE	NON		OUI	
---	-----	--	-----	--

SI OUI LEQUEL ? \_\_\_\_\_

## V MEDECIN TRAITANT / ASSURANCE :

Médecin traitant : ..... Ville : ..... ☎ Téléphone : .....

Compagnie d'assurance : .....

Numéro de police d'assurance : .....

(Attestation d'assurance de **septembre 2019 à juillet 2020** obligatoire)

## VI RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE (pendant la période d'inscription)

.....

.....

☎ Téléphone : ..... 🏠 Travail : .....

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

DATE .....

SIGNATURE