



A retourner en MAIRIE avant le :

DOSSIER D'INSCRIPTION ANNÉE 2020/2021 SERVICES MUNICIPAUX *Restaurant Municipal, Accueil Périscolaire*

Merci de joindre à la fiche d'inscription :

- ✓ la (les) fiche(s) sanitaire(s) de liaison,
- ✓ la copie du carnet de santé,
- ✓ l'attestation d'assurance responsabilité civile

ECOLE BOIS VIAUD / SAINT-YVES

Famille :

Réservé à la mairie :

RC – échéance/...../.....

F. sanitaire

Carnet de santé

Planning

Réception le

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

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A remplir en vue de la préparation de la rentrée

. UNE SEULE FICHE PAR FAMILLE.

Merci de signaler tout changement en cours d'année auprès du service des affaires scolaires.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

	Représentant légal 1 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	Représentant légal 2 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Nom – Prénom		
Situation familiale des parents	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> mariés / vie maritale <input type="checkbox"/> séparés <input type="checkbox"/> divorcés <input type="checkbox"/> veuf/veuve	
Adresse		
Tél. domicile		
Tél. portable		
Tél. professionnel		
Adresse mail		
Profession (<i>mention obligatoire</i>)		
Employeur (adresse et téléphone)		
N° de sécurité sociale couvrant l'(es) enfant(s)		

Pour les situations particulières, précisions ou recommandations nécessaires (résidences alternées, recompositions de la famille, résidence principale ...etc.)

ATTENTION !

Les enfants scolarisés en pré-petite section sont admis à l'Accueil Périscolaire et au Restaurant Municipal à partir de leurs 3 ans révolus.

Nom, Prénom	Date et lieu de naissance	Ecole fréquentée	Classe	Inscriptions / Ré-inscriptions	
				Restaurant Municipal	Accueil Périscolaire

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE (à fournir au plus tard le 30 septembre)

Compagnie d'assurance	Nom du souscripteur	N° de contrat	Date d'échéance

CONSULTATION DU QUOTIENT FAMILIAL

N° allocataire CAF	N°
N° allocataire MSA	N°

Je soussigné(e) (nom et prénom de l'allocataire) , titulaire du numéro allocataire suivant : , autorise la consultation de mon dossier d'allocations familiales par Internet, et ce dans le cadre de la facturation des services.



AUTORISATION DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIE

Je soussigné(e) père mère représentant légal des enfants (nom, prénom).....



Autorise N'autorise pas

Les services municipaux à photographier mes enfants dans le cadre de leurs activités ou pour le bulletin municipal et le site de la commune de Vay.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE **SI PARENTS NON JOIGNABLES**

NOM/PRENOM	Lien avec l'enfant	 Domicile	 Portable

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER LES ENFANTS **(AUTRES QUE LES PARENTS)**

NOM/PRENOM	Lien avec l'enfant	 Domicile	 Portable

PERSONNE(S) *NON AUTORISEE(S)* A RECUPERER LE(S) ENFANT(S)

NOM/PRENOM	Lien avec l'enfant	☎ Domicile	📱 Portable

COORDONNEES MEDICALES

NOM DU MEDECIN TRAITANT	ADRESSE	TELEPHONE

RESTAURANT MUNICIPAL

Nom, Prénom des enfants	Tous les jours	Régulièrement		Occasionnellement
		Certains jours dans la semaine (précisez les jours)	En fonction d'un planning	

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

(Horaires de l'Accueil périscolaire : le matin à partir 7 h 15, le soir jusqu'à 18 h 30).

Merci de préciser **les horaires** d'accueil dans le tableau ci-dessous :

Nom, Prénom des enfants	Tous les jours	Régulièrement								<input type="checkbox"/> Occasionnellement ou <input type="checkbox"/> suivant un planning
		LUNDI		MARDI		JEUDI		VENDREDI		
		Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	
		h	h	h	h	h	h	h	h	Fournir le planning ou appeler le service (voir délai rappelé dans le règlement intérieur du service)
		h	h	h	h	h	h	h	h	
		h	h	h	h	h	h	h	h	
		h	h	h	h	h	h	h	h	
		h	h	h	h	h	h	h	h	

Observations / précisions sur les plannings :

.....

.....

RENTRÉE DU

Le ou les enfant(s) :

- FREQUENTERA(ONT) LA CANTINE
- NE FREQUENTERA(ONT) PAS LA CANTINE
- NE SAIT PAS (prévenir le secrétariat de la mairie au plus tard le)

- FREQUENTERA(ONT) L'ACCUEIL PERISCOLAIRE
- HORAIRE MATIN :h..... SOIR :h.....
- NE FREQUENTERA(ONT) PAS L'ACCUEIL PERISCOLAIRE
- NE SAIT PAS (prévenir le secrétariat de la mairie au plus tard le)

Pour plus de facilité dans les règlements, nous vous encourageons à mettre en place le prélèvement automatique (si ce n'est pas déjà fait).

Prélèvement automatique OUI NON

Si oui, pour la mise en place fournir un RIB + compléter l'autorisation de prélèvement à télécharger ou à demander au secrétariat de la mairie.

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ pour l'ensemble des services municipaux

Je soussigné(e) père mère représentant légal des enfants (nom, prénoms)

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du restaurant municipal et de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon ou mes enfant(s).

Je m'engage à informer la mairie de tout changement concernant la situation familiale et l'état de santé de mon ou mes enfant(s).

J'atteste également avoir reçu les règlements intérieurs du restaurant municipal et de l'accueil périscolaire de la commune de Vay, en avoir pris connaissance et les accepter.

Date :

Signature des parents, précédée de la mention « lu et approuvé »

Les informations recueillies vous concernant ont un caractère obligatoire. Elles font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'inscription aux services à l'enfance et à la facturation. Les destinataires de ces données sont les responsables des services scolaires et les services administratifs de la Mairie de Vay, 5 rue Principale 44170 VAY ainsi que la Trésorerie de Nort-sur-Erdre, 1 rue de la fraternité 44390 NORT-SUR-ERDRE.

La durée de conservation des données est de 10 ans. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, merci de vous adresser à la Mairie de Vay, service affaires scolaires (ec-urba.mairie@vay.fr).

Date limite de dépôt des dossiers : 12 JUIN 2020

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE de LIAISON

Enfant :

1- VACCINATIONS

Joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé.

Le décret n°2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire prévoit, un principe général d'admission en collectivité d'enfants, subordonnée à la présentation du carnet de santé. Les parents ne peuvent attester par eux-mêmes de la vaccination de leurs enfants. **Seuls la photocopie du carnet de santé ou un document signé d'un médecin sont recevables.**

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un **traitement médical** dans la journée ou pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? oui non

Joindre le protocole et toutes informations utiles

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES :

ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
AUTRES (animaux, plantes, pollen)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

Si régime alimentaire particulier, précisez :

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? oui non

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

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme Articulaire aigu		Scarlatine	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

4- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM :

TEL DOMICILE : **TEL. PORTABLE :** **TEL PORTABLE :**

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant): **(Obligatoire)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : **Signature du responsable légal :**

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE de LIAISON

Enfant :

1- VACCINATIONS

Joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé.

Le décret n°2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire prévoit, un principe général d'admission en collectivité d'enfants, subordonnée à la présentation du carnet de santé. Les parents ne peuvent attester par eux-mêmes de la vaccination de leurs enfants. **Seuls la photocopie du carnet de santé ou un document signé d'un médecin sont recevables.**

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un **traitement médical** dans la journée ou pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? oui non

Joindre le protocole et toutes informations utiles

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES :

ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
AUTRES (animaux, plantes, pollen)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

Si régime alimentaire particulier, précisez :

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? oui non

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

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme Articulaire aigu		Scarlatine	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

4- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM :

TEL DOMICILE : **TEL PORTABLE :** **TEL PORTABLE :**

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant): **(Obligatoire)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : **Signature du responsable légal :**

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE de LIAISON

Enfant :

1- VACCINATIONS

Joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé.

Le décret n°2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire prévoit, un principe général d'admission en collectivité d'enfants, subordonnée à la présentation du carnet de santé. Les parents ne peuvent attester par eux-mêmes de la vaccination de leurs enfants. **Seuls la photocopie du carnet de santé ou un document signé d'un médecin sont recevables.**

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un **traitement médical** dans la journée ou pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? oui non

Joindre le protocole et toutes informations utiles

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non
MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

Si régime alimentaire particulier, précisez :

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? oui non

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

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme Articulaire aigu		Scarlatine	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

4- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM :

TEL DOMICILE : **TEL PORTABLE :** **TEL PORTABLE :**

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant): **(Obligatoire)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : **Signature du responsable légal :**

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE de LIAISON

Enfant :

1- VACCINATIONS

Joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé.

Le décret n°2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire prévoit, un principe général d'admission en collectivité d'enfants, subordonnée à la présentation du carnet de santé. Les parents ne peuvent attester par eux-mêmes de la vaccination de leurs enfants. **Seuls la photocopie du carnet de santé ou un document signé d'un médecin sont recevables.**

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un **traitement médical** dans la journée ou pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? oui non

Joindre le protocole et toutes informations utiles

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non
MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

Si régime alimentaire particulier, précisez :

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? oui non

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

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme Articulaire aigu		Scarlatine	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

4- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM :

TEL DOMICILE : **TEL PORTABLE :** **TEL PORTABLE :**

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant): **(Obligatoire)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : **Signature du responsable légal :**