

# INSCRIPTION PERISCOLAIRE ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

Nom, prénom de l'enfant :  Né(e) le :   
 Sexe : M  F

Famille : Parentale  Enseignant : ..... Classe : .....  
 Monoparentale  Recomposée  Accueil

**PARENTS DE L'ENFANT**

	Rep. légal 1	Rep. légal 2
Nom, Prénom :		
Adresse du domicile / quartier :		
Tél. Domicile/Portable :		
Courriel :		
Situation familiale :		

**NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS**

	Rep. légal 1	Rep. légal 2
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Professionnel		

N° Allocataire C.A.F. : .....  
 C.A.F. d'appartenance : CAF 68  Autre C.A.F. : .....

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités  OUI  NON

Si NON, autres personnes majeures autorisées à venir chercher mon enfant :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire:

Nom de la compagnie : ..... N°Téléphone ..... N°Contrat : .....

REGIME ALIMENTAIRE:

sans régime particulier  sans viande

En cas d'accident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

J'autorise la MJC de Wittenheim à prendre des photographies, des vidéos et des enregistrements sonores de mon enfant, dans le cadre des accueils périscolaires  OUI  NON

J'autorise la MJC de Wittenheim à utiliser ces supports pour sa promotion (affichage, exposition, flyers, presse et journaux locaux, sites/pages internet de l'association).  OUI  NON

Fait à ..... , le ..... Signature :



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>  DOCUMENT CONFIDENTIEL	Nom :
	Prénom :
	Date de naissance :
	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle sera détruite à la fin de la saison. Merci de nous indiquer tout changement.

**1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**

VACCINS OBLIGATOIRES- Date du dernier vaccin				SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTPOLIO ou Trétacoq)				
VACCINS RECOMMANDÉS - Date(s) des derniers vaccins faits				Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.
Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)*		Méningocoque C*		
Coqueluche*		Pneumocoque*		
Hépatite B*		Haemophilus*		
Influenza b*		BCG		

\*Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018.

**2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:**

Poids : ..... Taille : ..... (Informations nécessaires en cas d'urgence).

**NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :** .....

L'enfant suit-il un traitement médical ?  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.**

L'enfant a-t-il une intolérance ou allergies suivantes :

- ALIMENTAIRES  Oui  Non Si oui, Précisez .....
- MÉDICAMENTEUSES  Oui  Non Si oui, Précisez .....
- AUTRES (animaux, plantes, ...)  Oui  Non Si oui, Précisez .....
- ASTHME  Oui  Non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

**3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :**

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, comportement particulier, crises convulsives, opération, rééducation, port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, etc..) en précisant les précautions à prendre.

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

**4 – RESPONSABLE DU MINEUR :**

**Responsable n°1 :** NOM: ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE /PORTABLE : ..... TEL TRAVAIL : .....

**Responsable n°2 :** NOM: ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE /PORTABLE : ..... TEL TRAVAIL:.....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.  
J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Fait à ..... le ...../...../.....

SIGNATURES :

## Vos besoins d'accueil:

**Attention :** Les places sont limitées. Nous avons besoin que chaque famille étudie au plus juste ses réels besoins d'accueil, afin de répondre aux demandes d'un maximum de familles.

RESTAURATION SCOLAIRE (MIDI)	
<b>FREQUENTATION REGULIERE :</b>  <input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI	<b>SEMAINE PAIRE/IMPAIRE (OU 1 SEMAINE SUR 2)</b>  <b>SEMAINE PAIRE :</b> <input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI  <b>SEMAINE IMPAIRE :</b> <input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI
<input type="checkbox"/> SUR PLANNING TRANSMIS MENSUELLEMENT	

PÉRISCOLAIRE DU SOIR	
<b>FREQUENTATION REGULIERE</b>  <input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI	<b>SEMAINE PAIRE/IMPAIRE (OU 1 SEMAINE SUR 2)</b>  <b>SEMAINE PAIRE :</b> <input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI  <b>SEMAINE IMPAIRE :</b> <input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI
<input type="checkbox"/> SUR PLANNING TRANSMIS MENSUELLEMENT	

### Engagement des représentants légaux :

- ✓ Je certifie l'exactitude des renseignements fournis pour le dossier et m'engage à signaler tout changement de situation qui pourrait intervenir en cours d'année (perte d'emploi, congés parentale...)
- ✓ J'accepte d'être contacté par mail.
- ✓ Je déclare accepter le règlement intérieur du périscolaire disponible sur le «Padlet Périscolaire» (<https://padlet.com/MJCwittenheim/periscolaire-de-la-mjc-de-wittenheim-7t1eevxl5e1p9pv>)
- ✓ Je certifie avoir fait une demande correspondant à mes réels besoins et m'engage à respecter le planning défini ci-dessus. Tout créneau d'accueil acquis mais non fréquenté (annulations répétées) restera dû jusqu'à la fin de l'année scolaire et sera facturé.

Fait le :

Signatures: