Ville de Gex

Mairie de Gex
77, rue de l'Horloge
01170 GEX
☎ : 04 50 42 63 00
🖷 : 04 50 41 68 77
mairie@ville-gex.fr

DEMANDE D'INSCRIPTION

Accueil Collectif de Mineurs

« La Buissonnière »

Accueil PERISCOLAIRE

2017/2018

SECTEUR VIE QUOTIDIENNE

		Nom et prénom du responsable légal	Téléphone
La Famille	1		
	2		

NOM et PRENOM de l'enfant	Date de naissance ET âge	école fréquentée	Niveau de classe	régime spécifique*	
				PAI	SANS PORC
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

***Régime spécifique** *(veuillez cocher la case si nécessaire)* **: PAI** (protocole établi avec le médecin personnel ou scolaire)**, en dehors de ces deux exceptions, aucune modification de menus n'est acceptée.**

Rappel des MODALITES D'INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

- Les créneaux horaires réservés sont facturés, enfant présent ou non
- Toute ½ heure entamée supplémentaire sera facturée
- Toute modification apportée au dossier sera à signaler au service Enfance-Scolaire du Secteur Vie Quotidienne.

➢ INSCRIPTION IDENTIQUE A TOUS LES ENFANTS DE LA FAMILLE

INSCRIPTION

☐ à l'année

☐ au trimestre

- ☐ 1er trimestre (septembre à décembre)
- ☐ 2ème trimestre (janvier à avril)
- ☐ 3ème trimestre (mai à juillet)

☐ en ticket secours (inscription occasionnelle et en fonction des places disponibles)

		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	7h30-8h30 : 1h00					
	8h00-8h30 : 0h30					
FIN de MATINEE	11h30-12h00 : 0h30					
APRES MIDI	16h30-17h00 : 0h30					
	16h30-17h30 : 1h00					
	16h30-18h00 : 1h30					

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements.

Fait à Gex, le **Signature des responsables légaux :**

➢ INSCRIPTIONS DIFFERENTES POUR CHAQUE ENFANT DE LA FAMILLE

NOM et PRENOM du 1er enfant:

INSCRIPTION

☐ à l'année

☐ au trimestre

- ☐ 1er trimestre (septembre à décembre)
- ☐ 2ème trimestre (janvier à avril)
- ☐ 3ème trimestre (mai à juillet)

☐ en ticket secours (inscription occasionnelle et en fonction des places disponibles)

		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	7h30-8h30 : 1h00					
	8h00-8h30 : 0h30					
FIN de MATINEE	11h30-12h00 : 0h30					
APRES MIDI	16h30-17h00 : 0h30					
	16h30-17h30 : 1h00					
	16h30-18h00 : 1h30					

NOM et PRENOM du 2ème enfant:

INSCRIPTION

☐ à l'année

☐ au trimestre

- ☐ 1er trimestre (septembre à décembre)
- ☐ 2ème trimestre (janvier à avril)
- ☐ 3ème trimestre (mai à juillet)

☐ en ticket secours (inscription occasionnelle et en fonction des places disponibles)

		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	7h30-8h30 : 1h00					
	8h00-8h30 : 0h30					
FIN de MATINEE	11h30-12h00 : 0h30					
APRES MIDI	16h30-17h00 : 0h30					
	16h30-17h30 : 1h00					
	16h30-18h00 : 1h30					

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements.

Fait à Gex, le **Signature des responsables légaux :**

NOM et PRENOM du 3ème enfant:

INSCRIPTION

☐ à l'année

☐ au trimestre

- ☐ 1er trimestre (septembre à décembre)
- ☐ 2ème trimestre (janvier à avril)
- ☐ 3ème trimestre (mai à juillet)

☐ en ticket secours (inscription occasionnelle et en fonction des places disponibles)

		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	7h30-8h30 : 1h00					
	8h00-8h30 : 0h30					
FIN de MATINEE	11h30-12h00 : 0h30					
APRES MIDI	16h30-17h00 : 0h30					
	16h30-17h30 : 1h00					
	16h30-18h00 : 1h30					

NOM et PRENOM du 4ème enfant:

INSCRIPTION

☐ à l'année

☐ au trimestre

- ☐ 1er trimestre (septembre à décembre)
- ☐ 2ème trimestre (janvier à avril)
- ☐ 3ème trimestre (mai à juillet)

☐ en ticket secours (inscription occasionnelle et en fonction des places disponibles)

		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	7h30-8h30 : 1h00					
	8h00-8h30 : 0h30					
FIN de MATINEE	11h30-12h00 : 0h30					
APRES MIDI	16h30-17h00 : 0h30					
	16h30-17h30 : 1h00					
	16h30-18h00 : 1h30					

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements.

Fait à Gex, le **Signature des responsables légaux :**

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	
Tétanos	☐	☐		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	☐	☐		Coqueluche	
Ou DT polio	☐	☐		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	☐	☐			
BCG	☐	☐			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, ...responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

MAIRIE DE GEX

Mairie de GEX

Rue de l'horloge

OBSERVATIONS