



Fiche d'inscription aux Nouvelles Activités Périscolaires

De la commune de DACHSTEIN

A retourner dûment complété pour le 15 JUIN 2016 délai de rigueur (tout dossier incomplet ne sera pris en compte)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT		
<u>Nom :</u>	<u>Prénom(s) :</u>	<u>Sexe :</u> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<u>Date de naissance :</u>	<u>Lieu de naissance :</u>	
<u>CLASSE à la rentrée 2016/2017 :</u>		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REPRESENTANTS LEGAUX	
<i>Père</i>	<u>Autorité parentale:</u> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<u>Nom :</u>	<u>Prénom(s) :</u>
<u>Né(e) le :</u>	<u>Tél privé :</u>
<u>A :</u>	<u>Courriel :</u>
<u>Adresse :</u>	

Mère	Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<u>Nom :</u>	<u>Prénom(s) :</u>
<u>Né(e) le :</u>	<u>Tél privé :</u>
<u>A :</u>	<u>Courriel :</u>
<u>Adresse :</u>	
En cas de séparation, le parent n'ayant pas la garde de l'enfant a-t-il l'autorisation de chercher l'enfant à l'école ? <i>(fournir la copie de l'extrait du jugement stipulant les modalités de garde de l'enfant)</i>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

**AUTRES ENFANTS A CHARGE SCOLARISES ET INSCRITS AUX NAP A DACHSTEIN
A LA RENTREE 2016/2017**

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Né(e) le</u>	<u>Ecole</u>	<u>Classe</u>

Je soussigné(e) _____

représentant légal de l'enfant _____
autorise :

- Mon enfant à participer à toutes les activités prévues dans le cadre du service mis en place par la commune de DACHSTEIN
- Le référent de l'activité à prendre toute disposition en cas d'urgence et à contacter les personnes ci-dessous
- La commune à prendre des photos de mon enfant au cours de ces activités et à les utiliser sur tout support de communication

**PERSONNES A CONTACTER AUTRES QUE LES PARENTS EN CAS D'URGENCE
ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE DES NAP**

<u>Nom :</u>	<u>Prénom(s) :</u>	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisée à prendre l'enfant
<u>Lien avec l'enfant :</u>		
<u>Adresse :</u>		
<u>Code postal :</u>	<u>Ville :</u>	<u>Tél :</u>
<u>Nom :</u>	<u>Prénom(s) :</u>	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisée à prendre l'enfant
<u>Lien avec l'enfant :</u>		
<u>Adresse :</u>		
<u>Code postal :</u>	<u>Ville :</u>	<u>Tél :</u>
<u>Nom :</u>	<u>Prénom(s) :</u>	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisée à prendre l'enfant
<u>Lien avec l'enfant :</u>		
<u>Adresse :</u>		
<u>Code postal :</u>	<u>Ville :</u>	<u>Tél :</u>

Pour des raisons de sécurité, les conditions pour venir récupérer un enfant sont les suivantes:

- Obligation de signer la liste d'émargement
- Etre une personne majeure
- Présenter une pièce d'identité valide

Contrat d'assurance couvrant l'enfant lors de ces activités (obligatoire)	
Nom de l'organisme :	N° de police :
Valable du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____	

« Lu et approuvé » (mention manuscrite)

Fait àle
Signature

AUTORISATION POUR RENTRER SEUL

(Uniquement pour les enfants en classe élémentaire)

Je soussigné (e), Madame, Monsieur (*) _____

Autorise mon enfant _____
à rentrer seul(e) à l'issue des NAP à 16h30 :

(*) Rayer la mention inutile

Fait àle
Signature :

Conformément à La loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, les informations ci-dessus sont destinées à alimenter un fichier uniquement réservé à la gestion des nouvelles activités périscolaires. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données.

Article 441-7 du Code Pénal :

- « Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15.000 euros d'amende le fait :
- 1° d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts
 - 2° de falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère
 - 3° de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié

MODALITES D'INSCRIPTION :

L'inscription aux NAP peut se faire pour une période trimestrielle, dans ce cas celle-ci devra être renouvelée chaque trimestre, elle peut également se faire pour une période annuelle.

Veillez cocher, ci-dessous, le choix correspondant à vos besoins :

Inscription à l'année

ou

Inscription trimestrielle

Je m'engage à assurer la présence de mon enfant durant toute l'année scolaire ou tout le trimestre selon mon choix, ainsi qu'à signaler toute absence **le matin avant 12h00** en appelant la mairie au 03.88.47.90.60 ou par mail : **nap@dachstein.fr**

Veillez cocher dans le tableau ci-dessous, le(s) jour(s) où vous souhaitez inscrire votre enfant :

	OUI	NON
Lundi		
Mardi		
Jeudi		
Vendredi		

Les parents ne connaissant pas encore leur emploi du temps à la rentrée peuvent indiquer dans un premier temps le nombre de jours souhaités puis prendre contact avec la mairie dès que possible afin de compléter leur dossier.

A l'issue des NAP à 16h30 (veuillez cocher la case correspondant à votre choix) :

Mon enfant rentre par ses propres moyens (compléter et signer l'attestation jointe)

Mon enfant est pris en charge par la cantine-garderie 1, 2, 3, Soleil (uniquement sur dossier d'inscription auprès de l'Association 1, 2, 3 Soleil)

Mon enfant est cherché par un parent, un représentant légal ou un tiers (compléter et signer l'attestation jointe)

Documents annexes à la fiche d'inscription :

- o Règlement de fonctionnement
- o Fiche sanitaire

« Lu et approuvé » (mention manuscrite)

Fait àle

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom :	Prénom(s) :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	Lieu de naissance :	
Nom et renseignement téléphonique du médecin traitant (facultatif) :		

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Articles L3111-2 et L3111-3 du Code de la santé publique					
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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"/>	

❖ ALLERGIES :

	OUI	NON
ASTHME		
MÉDICAMENTEUSES		
ALIMENTAIRES		

AUTRES (précisez) :

.....

.....

❖ PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

.....

.....

.....

❖ PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

Est-il nécessaire de mettre en place un PAI pour votre enfant ?

OUI

NON

➔ Si **oui**, veuillez prendre contact avec la mairie pour remplir les formalités nécessaires. La trousse médicale devra être remise à la Direction de l'école ainsi qu'au responsable des NAP en s'assurant, au préalable, de la validité des médicaments fournis.

❖ INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

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

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

Je soussigné(e), (Nom,Prénom).....

Responsable légal de l'enfant (Nom, Prénom).....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des NAP à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant selon les prescriptions du corps médical consulté (y compris l'hospitalisation en cas d'urgence).

Fait àle.....

Signature :

Conformément à La loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, les informations ci-dessus sont destinées à alimenter un fichier uniquement réservé à la gestion des nouvelles activités périscolaires. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données.