

INSCRIPTION 2018-2019
A RENDRE AVANT LE 17 AOUT 2018

DOCUMENTS A FOURNIR
<input type="checkbox"/> Date de dépôt du dossier :
<input type="checkbox"/> Copie d'assurance
<input type="checkbox"/> Carnet de vaccinations
<input type="checkbox"/> Avis d'imposition recto-verso 2017 sur les revenus 2016
<input type="checkbox"/> Document justifiant le N° d'allocataire
<input type="checkbox"/> Livret de Famille

ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
Inscription à partir du :	Inscription à partir du :	Inscription à partir du :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Lieu naissance :	Lieu naissance :	Lieu naissance :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Établissement scolaire :	Établissement scolaire :	Établissement scolaire :
Classe :	Classe :	Classe :
INSCRIPTION MATIN	INSCRIPTION MATIN	INSCRIPTION MATIN
Réservation annuelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> L M J V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OU	Réservation annuelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> L M J V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OU	Réservation annuelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> L M J V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OU
Réservation occasionnelle * oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Réservation occasionnelle * oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Réservation occasionnelle * oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
INSCRIPTION MIDI	INSCRIPTION MIDI	INSCRIPTION MIDI
Réservation annuelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> L M J V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OU	Réservation annuelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> L M J V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OU	Réservation annuelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> L M J V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OU
Réservation occasionnelle * oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Réservation occasionnelle * oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Réservation occasionnelle * oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
INSCRIPTION SOIR	INSCRIPTION SOIR	INSCRIPTION SOIR
Réservation annuelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> L M J V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OU	Réservation annuelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> L M J V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OU	Réservation annuelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> L M J V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OU
Réservation occasionnelle * oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Réservation occasionnelle * oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Réservation occasionnelle * oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

***Pour l'inscription occasionnelle, ne pas cocher de jours l'inscription se fait soit par fiche de réservation ou par mail 48 h à l'avance. enfance@paynoyonnais.fr ou 03 44 09 60 40**

REPRÉSENTANT LÉGAL

Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> En Couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)	
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Prénom :	Prénom :
Qualité (père, mère, ...) :	Qualité (père, mère, ...) :
Adresse :	Adresse :
Code Postal : Ville :	Code Postal Ville :
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Téléphone port :	Téléphone port :
Mail :	Mail :
Profession :	Profession :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :
Nombre d'enfants à charge dans le foyer :	N° allocataire (CAF ou MSA):
Nom et prénom de l'allocataire (CAF ou MSA) :	

MEDECIN TRAITANT DE LA FAMILLE

Nom :

Prénom :

Tél. :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
Régime alimentaire particulier ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si oui, lequel ?	Régime alimentaire particulier ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si oui, lequel ?	Régime alimentaire particulier ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si oui, lequel ?
L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si oui, lequel ? :	L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si oui, lequel ? :	L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si oui, lequel ? :
Allergies ou problèmes médicaux ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si oui, lequel ?	Allergies ou problèmes médicaux ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si oui, lequel ?	Allergies ou problèmes médicaux ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si oui, lequel ?
Cas particulier à signaler (Handicap) :	Cas particulier à signaler (Handicap) :	Cas particulier à signaler (Handicap) :

L'ENFANT EST-IL SOUMIS À UN PROTOCOLE ALIMENTAIRE INDIVIDUALISÉ ?

<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si oui, lequel ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si oui, lequel ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si oui, lequel ?

Rappel : tout enfant souffrant d'allergie, d'intolérance alimentaire ou de tout autre problème de santé récurrent, un PAI devra être mis en place par les parents et établi par le médecin ou le spécialiste.

**PERSONNEL MÉDICAL POUVANT INTERVENIR POUR DES SOINS PARTICULIERS
(pansements, piqûres, mesure du taux de glycémie...)**

Intitulé :

Nom :

Téléphone :

**PERSONNES AUTORISÉES À PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT ET À CONTACTER EN CAS D'URGENCE
APRÈS LES PARENTS**

Nom :
Prénom :
Lien avec l'enfant :
Adresse :
Tél. :
Port :
Nom :
Prénom :
Lien avec l'enfant :
Adresse :
Tél. :
Port :

AUTORISATION DE SORTIE

ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
À QUITTER SEUL L'ACCUEIL DU SOIR ?		
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
AUTORISE MON ENFANT A ETRE MAQUILLE DANS LE CADRE DE SPECTACLE OU JEUX		
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
AUTORISATION À PUBLICATION D'IMAGE		
Autorise la CCPN à prendre des photos, films et enregistrements audio dans le cadre des activités périscolaires, restauration sans aucune publication autre que dans l'enceinte du service Enfance.		
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autorise la CCPN à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquelles figurent mon enfant qui seraient prises dans le cadre des activités périscolaires, restauration et spectacle. Celles-ci pourront être reproduites par la CCPN, ou autre support (internet, revue, presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.		
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Je soussigné(e),

, représentant légal du (des) enfant(s).

ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service Enfance de tout changement éventuel (téléphone, adresse, problème de santé, situation familiale ...).

Reconnais et accepte avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif aux activités périscolaires et à la restauration scolaire, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

Le règlement est décidé par le Président et approuvé en contrôle de légalité.

Reconnais avoir pris connaissance et accepte que les informations recueillies fassent l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des enfants **à la diffusion d'informations de la Communauté de communes du Pays noyonnais.** Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Règlement des factures par prélèvement automatique : oui non

(Si oui merci de remplir le règlement, le mandat SEPA et de nous fournir un RIB)

Fait le

Signature de la mère

Signature du père

Signature du représentant légal

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Saisie informatique du dossier le :

Par :

Enfants enregistrés :

Enfant N° 1 :

Enfant N° 2 :

Enfant N° 3 :