

Accueil périscolaire - Restauration scolaire Accueil mercredi – Accueil de loisirs sur les vacances

Retour avant le

Par dépôt :

Mairie de Rouillon
4, rue de l'église 72700 ROUILLON
Tel : 02.43.47.83.00
Mail : secretariat.mairie@ville-rouillon.fr

Lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 - 14h00 à 18h00
Samedi matin de 9h00 à 12h00
Fermé Mardi et Jeudi matin

Documents à fournir avec le dossier (Merci de faire des photocopies)

- **Un justificatif de domicile où réside l'enfant:** facture d'eau, de gaz, d'électricité datant de moins de 3 mois
A défaut taxe d'habitation 2018 ou en cas de déménagement récent, une quittance de loyer HLM ou contrat de location
ou pièce justifiant l'accession à la propriété
- **Copie de l'avis d'imposition 2021 sur les revenus 2020**
- **Attestation de quotient familial CAF datant de moins de 3 mois**
- **Autorisation de prélèvement ci-jointe accompagnée d'un RIB**
 pour Restauration scolaire pour ALSH
- **Documents médicaux (selon fiche sanitaire)**
- **Attestation d'assurance extrascolaire**
- **Copie du livret de famille**

En cas de changement de situation familiale récent : transmettre le livret de famille, le jugement de divorce.

Informations concernant l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Fille Garçon

Date de naissance : _____

Adresse où vit l'enfant : _____

En cas de garde alternée 2^{ème} adresse : _____

Classe en 2021-2022 : _____

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____

LE FOYER

Lien avec l'enfant : _____

Lien avec l'enfant : _____

PARENT 1

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____

Tél. portable : _____

Adresse mail : **(obligatoire pour recevoir votre mot de passe)**

Profession : _____

Tél. travail: _____

N° allocataire CAF ou MSA : _____

Adresse de facturation : _____

PARENT 2

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____

Tél. portable : _____

Adresse mail : _____

Profession : _____

Tél. travail: _____

N° allocataire CAF ou MSA : _____

Adresse de facturation : _____

Situation des parents :

Célibataire Union libre Pacsés Mariés Séparés Divorcés Veuf(ve)

En cas de divorce ou séparation, joindre une copie du jugement (droits de garde).

Si garde alternée : Joindre avis d'imposition des deux parents

Mode de garde alternée à la semaine : Père : **Semaines paires ou impaires (rayer)**

Mère : **Semaines paires ou impaires (rayer)**

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant :

M-Mme _____  _____ lien de parenté _____

M-Mme _____  _____ lien de parenté _____

M-Mme _____  _____ lien de parenté _____

M-Mme _____  _____ lien de parenté _____

J'autorise mon enfant à rentrer seul (à partir du CM1) OUI NON

Signature :

FICHE SANITAIRE



Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____

Vaccins obligatoires: _____

Fournir la copie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant

Allergie ou maladie chronique nécessitant un traitement médical particulier (protocole d'accueil individualisé - PAI) :

- Allergie alimentaire : non oui

préciser : _____

(fournir un certificat d'allergologue récent, moins de 6 mois)

Certains aliments lui sont-ils interdits ? non oui

préciser : _____

- Allergie autre (animaux, pollens, plantes...) : non oui

préciser : _____

- Maladie chronique (diabète, asthme...): non oui

préciser : _____

En dehors du PAI, aucun médicament ne pourra être délivré sur les temps périscolaires et extrascolaire (sauf sur ordonnance datant de moins de quinze jours)

Signature :

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

M-Mme _____  _____ lien de parenté _____

M-Mme _____  _____ lien de parenté _____

M-Mme _____  _____ lien de parenté _____

M-Mme _____  _____ lien de parenté _____

Autorisation aux soins d'urgence

Nous soussignés, M et Mme _____ autorisons les soins d'urgence auprès de notre enfant _____, pour toutes

mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

En cas de nécessité et après accord des parents *oral ou écrit* ou représentant légaux (anesthésie, chirurgie)

Signature :

Autorisation de déplacements

J'autorise mon enfant à participer à des sorties, nécessitant un déplacement, organisées dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires. (SETRAM, SNCF, Minibus, voiture, Autocar....) non oui

J'autorise mon enfant à aller à la piscine non oui

Signature :

Prévision à l'année	Participe	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Occasionnel
Accueil du matin 7h20-8h20	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accueil du soir 16h30-18h30	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accueil Mercredi (annuel) 8h30-17h30	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>			<input type="radio"/>			
Accueil Mercredi (occasionnel) 8h30-17h30	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>			<input type="radio"/>			
Restauration scolaire	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prévisionnel vacances	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Automne 2021 <input type="radio"/> Hiver 2022 <input type="radio"/> Printemps 2022 <input type="radio"/> Été 2022 <input type="radio"/> Ne sais pas					

Pour la **restauration scolaire** : A partir du: _____

Autorisation pour utilisation de l'image

Que ce soit lors d'activités scolaires ou périscolaires, ou encore lors d'événements locaux associatifs ou municipaux, de nombreuses photos (ou vidéos) sont prises afin d'illustrer les différents supports de communication mis en place par la commune (journal municipal, *Petit Rouillonnais*, plaquettes, site internet de la ville, affichage en mairie...).

Afin d'autoriser la ville à publier ces images, merci de compléter les informations ci-dessous : Nous soussignés,

M-Mme, _____

M-Mme, _____

Domiciliée _____

domicilié _____

Parents / représentants légaux de _____

autorisons n'autorisons pas la ville de Rouillon à reproduire, présenter, publier et exposer les images photographiques et/ou filmographiques représentant mon enfant pour une durée maximum de 3 ans.

Toute reproduction de ces images ne devra pas, y compris par leur légende ou leur contexte de présentation, porter atteinte à la réputation, à l'honneur ou à la dignité de notre enfant.

Date

Signature des parents * :

**Signatures des deux parents obligatoires.*

Nous soussignés, M-Mme _____

déclarons exacts l'ensemble des renseignements portés sur ce document après lecture de la notice du présent dossier

Fait à : _____ le : _____

Signature des parents :

**Signatures des deux parents obligatoires.*