Dossier d'inscription

Année 2023 / 2024

Restauration scolaire

Centre de Loisirs

Accueils

Périscolaires

Concerne la famille :

……
……

A DEPOSER COMPLET DANS LA BOITE AUX LETTRES DE L'UFCV
VOISENON UNIQUEMENT POUR UN SOUCIS DE GESTION
(à proximité de l'école)

AVANT LE 23 JUIN 2023

L'inscription ne sera définitive qu'une fois l'ensemble des pièces justificatives déposées et le dossier complété et signé.

CE DOSSIER CONTIENT

1 - Le dossier famille (pages 2 et 3)
2 - Le dossier d'inscription (page 4)
3 - La fiche sanitaire (page 5) : remplir une fiche par enfant inscrit
4 - Autorisations parentales et approbation du règlement (pages 5 et 6)

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

OBLIGATOIRE

Pour toute la fratrie :

- ❒ Copie du Livret de famille
- ❒ Dernier avis d'imposition
- ❒ Certificat d'assurance extra-scolaire en cours de validité
- ❒ Jugement (si nécessaire dans le cas d'un divorce ou d'une séparation)
- ❒ Dossier famille intégralement rempli
- ❒ Autorisations parentales
- ❒ Relevé des prestations versées par la Caisse d'Allocations Familiales
- ❒ PAI (si nécessaire)

Pour chaque enfant :

- ❒ Une fiche sanitaire par enfant ou jeune inscrit
- ❒ Copie du carnet de santé (uniquement la page des vaccinations)
- ❒ S'il s'agit de la première inscription : une photo d'identité de l'enfant

DOSSIER FAMILLE

PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX

1 - Monsieur / Madame (rayez la mention inutile) :

Nom et Prénom :……

Adresse :
……
……
……

☎ domicile : ……

☎ portable : ……

☎ travail : ……

Email : ……

Profession : ……

Nom et adresse de l'employeur :……

……

2 - Monsieur / Madame (rayez la mention inutile) :

Nom et Prénom :……

Adresse :
……
……
……

☎ domicile : ……

☎ portable : ……

☎ travail : ……

Email : ……

Profession : ……

Nom et adresse de l'employeur :……

……

Nom du responsable légal à qui les factures seront adressées :……

PERSONNES DE CONFIANCE

Je soussigné (e) Madame Monsieur ……...

Autorise Madame / Monsieur :

Nom et prénom……...……

Lien avec l'enfant……

☎ portable : ……

Nom et prénom……...……

Lien avec l'enfant……

☎ portable : ……

Nom et prénom……...……

Lien avec l'enfant……

☎ portable : ……

Nom et prénom……...……

Lien avec l'enfant……

☎ portable : ……

A récupérer mes enfants après les activités organisées par le Syndicat Intercommunal Scolaire de Voisenon/Montereau sur le Jard.

Fait à , le :

Signature des responsables légaux :

ENFANTS

1 - Nom et Prénom :…….....

Garçon ❒ Fille ❒

Date de naissance : ……...

Lieu de naissance :……

Classe à la rentrée 2023 / 2024 : ……

Numéro d'allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales :……...

CAF de Seine-et-Marne / Autre :……..

2 - Nom et Prénom :…….....

Garçon ❒ Fille ❒

Date de naissance : ……...

Lieu de naissance :……

Classe à la rentrée 2023 / 2024 : ……

Numéro d'allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales :……...

CAF de Seine-et-Marne / Autre :……..

3 - Nom et Prénom :…….....

Garçon ❒ Fille ❒

Date de naissance : ……...

Lieu de naissance :……

Classe à la rentrée 2023 / 2024 : ……

Numéro d'allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales :……...

CAF de Seine-et-Marne / Autre :……..

4 - Nom et Prénom :…….....

Garçon ❒ Fille ❒

Date de naissance : ……...

Lieu de naissance :……

Classe à la rentrée 2023 / 2024 : ……

Numéro d'allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales :……...

CAF de Seine-et-Marne / Autre :……..

FICHE SANITAIRE (REMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT INSCRIT)

Nom et Prénom de l'enfant

……

ALLERGIES ET PROBLEMES DE SANTE CONNUS

……
……
……
……

RECOMMANDATIONS DES PARENTS ET CONDUITES A TENIR

(Appareillage : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, auditif ou autre.)

……
……
……
……

VACCINATIONS

Vaccins	Dates	Rappels	Vaccins	Dates	Rappels

Nom du médecin :……

Adresse :……

Code postal :……Commune :……

Téléphone :……

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui ❒ Non ❒

Si oui, lequel :……
(Joindre un certificat médical récent)

Régime alimentaire : Sans porc ❒

Sans viande ❒ (pas de repas de substitution)

Un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) est-il en cours ? Oui ❐ Non ❐

Si oui, joindre le PAI.

ASSURANCES

Assurance de l'enfant valable pour l'année scolaire 2023/2024

Responsabilité civile Oui ❐ Non ❐

Compagnie d'assurance…….

Numéro de police d'assurance……..

Individuelle accident Oui ❐ Non ❐

Compagnie d'assurance :……..

Numéro de police d'assurance……..

Je soussigné(e)

……..,

Responsable de l'enfant

……..,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et autorise le agents municipaux à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à , le : Signature des responsables légaux :

FICHE SANITAIRE (REMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT INSCRIT)

Nom et Prénom de l'enfant

……

ALLERGIES ET PROBLEMES DE SANTE CONNUS

……
……
……
……

RECOMMANDATIONS DES PARENTS ET CONDUITES A TENIR

(Appareillage : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, auditif ou autre.)

……
……
……
……

VACCINATIONS

Vaccins	Dates	Rappels	Vaccins	Dates	Rappels

Nom du médecin :……

Adresse :……

Code postal :……Commune :……

Téléphone :……

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui ❒ Non ❒

Si oui, lequel :……
(Joindre un certificat médical récent)

Régime alimentaire : Sans porc ❒

Sans viande ❒ (pas de repas de substitution)

Un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) est-il en cours ? Oui ❐ Non ❐

Si oui, joindre le PAI.

ASSURANCES

Assurance de l'enfant valable pour l'année scolaire 2023/2024

Responsabilité civile Oui ❐ Non ❐

Compagnie d'assurance…….

Numéro de police d'assurance……..

Individuelle accident Oui ❐ Non ❐

Compagnie d'assurance :……..

Numéro de police d'assurance……..

Je soussigné(e)

……..,

Responsable de l'enfant

……..,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et autorise le agents municipaux à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à , le : Signature des responsables légaux :

FICHE SANITAIRE (REMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT INSCRIT)

Nom et Prénom de l'enfant

……

ALLERGIES ET PROBLEMES DE SANTE CONNUS

……
……
……
……

RECOMMANDATIONS DES PARENTS ET CONDUITES A TENIR

(Appareillage : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, auditif ou autre.)

……
……
……
……

VACCINATIONS

Vaccins	Dates	Rappels	Vaccins	Dates	Rappels

Nom du médecin :……

Adresse :……

Code postal :……Commune :……

Téléphone :……

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui ❒ Non ❒

Si oui, lequel :……
(Joindre un certificat médical récent)

Régime alimentaire : Sans porc ❒

Sans viande ❒ (pas de repas de substitution)

Un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) est-il en cours ? Oui ❐ Non ❐

Si oui, joindre le PAI.

ASSURANCES

Assurance de l'enfant valable pour l'année scolaire 2023/2024

Responsabilité civile Oui ❐ Non ❐

Compagnie d'assurance…….

Numéro de police d'assurance……..

Individuelle accident Oui ❐ Non ❐

Compagnie d'assurance :……..

Numéro de police d'assurance……..

Je soussigné(e)

……..,

Responsable de l'enfant

……..,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et autorise le agents municipaux à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à , le : Signature des responsables légaux :

FICHE SANITAIRE (REMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT INSCRIT)

Nom et Prénom de l'enfant

……

ALLERGIES ET PROBLEMES DE SANTE CONNUS

……
……
……
……

RECOMMANDATIONS DES PARENTS ET CONDUITES A TENIR

(Appareillage : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, auditif ou autre.)

……
……
……
……

VACCINATIONS

Vaccins	Dates	Rappels	Vaccins	Dates	Rappels

Nom du médecin :……

Adresse :……

Code postal :……Commune :……

Téléphone :……

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui ❒ Non ❒

Si oui, lequel :……
(Joindre un certificat médical récent)

Régime alimentaire : Sans porc ❒

Sans viande ❒ (pas de repas de substitution)

Un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) est-il en cours ? Oui ❐ Non ❐

Si oui, joindre le PAI.

ASSURANCES

Assurance de l'enfant valable pour l'année scolaire 2023/2024

Responsabilité civile Oui ❐ Non ❐

Compagnie d'assurance…….

Numéro de police d'assurance……..

Individuelle accident Oui ❐ Non ❐

Compagnie d'assurance :……..

Numéro de police d'assurance……..

Je soussigné(e)

……..,

Responsable de l'enfant

……..,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et autorise le agents municipaux à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à , le : Signature des responsables légaux :

AUTORISATIONS PARENTALES

(CE DOCUMENT CONCERNE L'ENSEMBLE DES ENFANTS)

Je soussigné (e) Madame Monsieur ……...

Autorise mon / mes enfant(s) :

Nom et prénom……...……

Nom et prénom……...……

Nom et prénom……...……

Nom et prénom……...……

❒ A participer aux activités organisées par le Syndicat Intercommunal Scolaire de Voisenon/Montereau sur le Jard

❒ A être secouru(e) en cas d'accident (le responsable pourra en prendre la décision)

❒ A être photographié(e) ou filmé(e). Les photos ou vidéos de mon enfant pourront être utilisées par l'UFCV et le Syndicat Scolaire : Bulletin municipal, manifestations, expositions…

Fait à , le : Signature des responsables légaux :

APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné (e) Madame Monsieur ……...

Responsable légal des enfants :

Nom et prénom……...……

Nom et prénom……...……

Nom et prénom……...……

Nom et prénom……...……

❒ Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des structures municipales qui accueilleront mes enfants pendant l'année scolaire 2023/2024. (Les tarifs de l'accueil de loisirs seront transmis en septembre)

❒ Approuve ce règlement intérieur ; Je veillerai personnellement à ce que mes enfants s'y conforment.

Fait à , le : Signature des responsables légaux :