



DOSSIER D'INFORMATIONS :
SERVICE ENFANCE JEUNESSE ET RESTAURATION
Année 2020/2021

Nom de l'Enfant :**Prénom de l'Enfant :** Ecole les Petits Loups Ecole du Château Ecole de l'Hotel de Ville**Classe :****Enseignant :****DEMANDE D'INSCRIPTION POUR :** Accueil Périscolaire matin ACM Mercredi après midi Restauration maternelle Accueil Périscolaire soir ACM Mercredi Journée Restauration primaire ACM Mercredi matin ACM Vacances Scolaires

Qualité : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Qualité : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone Portable :	Téléphone Portable :
Téléphone Professionnel :	Téléphone Professionnel :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Situation familiale :	Situation familiale :
Adresse mail :	Adresse mail :
Numéro de SS. :	Numéro de SS. :
Nom de l'Allocataire CAF :	Nom de l'Allocataire CAF :
Numéro d'Allocataire CAF :	Numéro d'Allocataire CAF :
Nombre d'enfants à charge :	

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant :

Interdite	Nom et Prénom	Qualité <small>(père,mère, tuteur, ami, grand parents...)</small>	Numéro de téléphone
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

Mode de règlement : Chèque Espèce Prélèvement Pay Fip (internet)

AUTORISATIONS

- | | | |
|---|-----|-----|
| • De prise de vue (document d'autorisation de prise de vue et de diffusion à remplir obligatoirement) | OUI | NON |
| • De participer aux sorties pédagogiques (sorties : poney, piscine, musée, ferme pédagogique ...) | OUI | NON |
| • De participer aux activités sportives (toutes activités sportives en lien avec le projet pédagogique) | OUI | NON |
| • De consulter le registre CDAP de la CAF | OUI | NON |

ATTESTATIONS

Nous soussignons Mr / Mme
responsables légaux de l'enfant

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur du service.
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant ce dossier.
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile ou scolaire (Attestation à joindre obligatoirement).
- Autorisons le responsable du service, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande.
- Certifions sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier d'informations

Responsable 1 :
Fait à :
Date :
Signature :

Responsable 2 :
Fait à :
Date :
Signature :

RÉCAPITULATIF DES DOCUMENTS A FOURNIR (sans les agraffer merci)

- Fiche d'inscription, complétée et signée
- Copie de l'avis d'imposition ou non imposition 2019 sur les revenus 2018
- Attestation CAF mentionnant le quotient familial
- Photocopie de l'attestation d'assurance de l'enfant
- Photocopie du carnet de vaccination (page DT POLIO)
- Photocopie de justificatif de domicile
- Autorisation de prise de vue et de diffusion signée
- Accusé réception daté et signé du présent règlement
- Charte du savoir vivre
- Relevé d'Identité Bancaire (en cas de prélèvement)+ autorisation de prélèvement.
- Photo d'identité de(s) enfant(s)

DATE DE RETOUR DES DOSSIERS

Du 8 juin au 19 Juin 2020 DERNIER DELAI

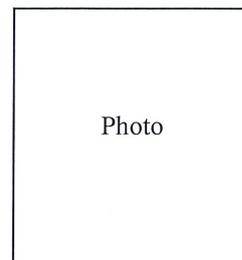
Aucune inscription ne sera effectuée si ce dossier n'est pas entièrement complété.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020 - 2021

Enfant :

Nom de l'enfant :
Date et lieu de naissance :
Ecole :

Prénom :
Sexe :
Classe :



Nouvelle inscription

Renouvellement

Nom du Parent 1:

Prénom :

Téléphone :

Nom du Parent 2:

Prénom :

Téléphone :

ASSURANCE :

N° de contrat :

Médecin traitant à prévenir en cas d'accident :

Nom : _____

Prénom : _____

Commune : _____

N° de téléphone : _____

Hospitalisation : Centre Hospitalier Evreux Autre (précisez) : _____

Vaccination : si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

DT Polio **ou** Tétracoq Dates des derniers rappels : _____

BCG Dates des derniers rappels : _____

Autres (Hépatites, ROR, coqueluche, ...) _____

(Merci de fournir la photocopie du carnet de vaccination)

Renseignements médicaux concernant l'enfant

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Protocole d'accueil individualisé (P.A.I.). (Document à retirer auprès du directeur d'école)

Maladies chroniques : asthme, convulsions, diabètes, autre, précisez : _____

Réactions allergiques : médicaments, aliments, autre, précisez : _____

Appareillage : lunettes, appareil dentaire, auditif, autre, précisez : _____

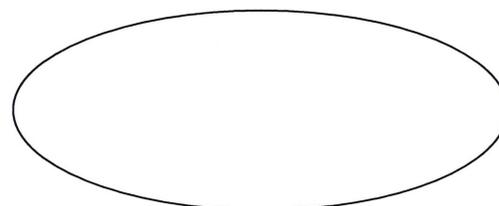
L'enfant suit un régime alimentaire. Précisez : _____

Recommandations et autres difficultés de santé (accident, crise convulsive, opération, rééducation...) :

Je soussigné(e),responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :





Autorisation de prise de vue et diffusion à l'image

Textes de référence (articles 226-1, 226-2, 226-8 du code pénal, et article 9 du code civil)

ENTRE :

Mme _____ et M. _____

Adresse : _____

Dénommés ci-après « *LES REPRESENTANTS LEGAUX* »

Représentants légaux des enfants :

<u>NOM DE L'ENFANT</u>	<u>PRENOM DE L'ENFANT</u>	<u>Date de naissance</u>

Adresse de l'enfant (si différente des parents)

Dénommé(es) ci-après « *L'ENFANT* »

ET :

LE SERVICE ENFANCE JEUNESSE DE LA VILLE DE SAINT ANDRE DE L'EURE

Représenté par : Hamza SARI

Demeurant : Mairie de Saint André de l'Eure

Dénommé ci-après « *LE SERVICE ENFANCE JEUNESSE ET RESTAURATION* »

Dans le cadre des accueils, le service Enfance Jeunesse et Restauration est amené à travailler autour d'un thème s'appuyant sur le projet pédagogique de la structure.

Le service E.J.R utilise la photographie et la vidéo durant les activités avec les enfants, ces pratiques multimédias pouvant s'inscrire comme une activité à part entière.

Ces images pourront être diffusées via différents supports de communication : livret d'information, journal du centre, le bulletin municipal, les journaux locaux, les sites internet du service ou de la mairie, des panneaux photos, CD-Rom ...

Article 1 : Cession des droits

Par le présent contrat, les représentants légaux autorisent le service Enfance Jeunesse et Restauration à réaliser des photographies et des vidéos de leur enfant et cèdent au service les droits qu'ils détiennent sur l'image de leur enfant telle que reproduite sur toutes les photographies réalisées par le service E.J.R pendant toute la durée de l'accueil de l'enfant par ce même service.

En conséquence, les représentants légaux autorisent le service Enfance Jeunesse à fixer, reproduire, communiquer, diffuser et modifier par tout moyen technique les photographies et vidéos réalisées dans le cadre du présent contrat.

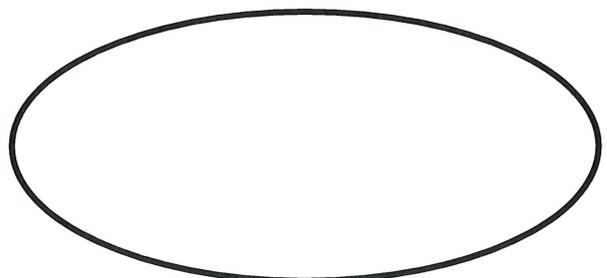
Les photographies pourront être reproduites en partie ou en totalité sur tout support (papier, numérique, magnétique, tissu, plastique etc.) et intégrées à tout autre matériel (photographie, dessin, illustration, peinture, vidéos, animations etc.) connus et à venir.

Fait à _____, le _____

Signature des REPRESENTANTS LEGAUX
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du SERVICE ENFANCE JEUNESSE
Précédée de la mention « lu et approuvé »

SIGNATURES





Accusé de réception Règlement Intérieur du Service Enfance Jeunesse et Restauration

A retourner le jour de l'inscription avec le dossier.

Je soussigné (e) Mr, Mme représentant
légal de l'enfant (nom et prénom)
reconnais avoir pris connaissance du présent règlement intérieur *, m'engage à le
respecter.

Fait à _____, le _____

Signature des parents

Signature de l'enfant

*disponible sur le site de la mairie et sur le portail famille.

RESTAURANT SCOLAIRE
DE SAINT-ANDRÉ DE L'EURE
CHARTRE DU SAVOIR-VIVRE

NOM :

ECOLE :

PRENOM :

CLASSE :

SUR LE TRAJET POUR ME RENDRE AU RESTAURANT SCOLAIRE

- Je respecte les consignes de sécurité
- Je reste dans le rang
- J'écoute le personnel de surveillance

AVANT LE REPAS :

- Je vais aux toilettes
- Je me lave les mains



PENDANT LE REPAS :

- Je me tiens bien à table
- Je ne joue pas avec la nourriture
- Je ne crie pas
- Je demande l'autorisation de sortir de table
- Je respecte le personnel communal et de surveillance
- Je débarasse mon plateau
- Je sors de table en silence et sans courir après autorisation
- Je respecte mes camarades



PENDANT LA RECREATION :

- Je joue sans brutalité dans la cour
- Je respecte les consignes de sécurité données par les surveillants
- Je respecte mes camarades et leurs vêtements
- Je demande aux animateurs pour me rendre aux toilettes



Signature des parents

Signature de (ou des) l'enfant(s)