

## FICHE DE RENOUELEMENT 2019/2020

- ↗ Accueil périscolaire
- ↗ Restaurant scolaire
- ↗ Accueil de loisirs
- ↗ Activités spécifiques (A.S)

**A retourner au secrétariat des services périscolaires  
avant le 31 mai 2019\***



Afin de limiter l'utilisation de papier, la mairie vous adressera un courrier réponse uniquement en cas de difficulté d'accueil.

Par ailleurs, les photocopies restent à la charge des familles.

### DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT DEJA PHOTOCOPIES :

- Dossier de renouvellement complété et signé des deux parents,
- Les deux pièces d'identités des parents,
- Attestation d'assurance scolaire et extra scolaire 2019/2020 de l'enfant,
- L'avis d'imposition 2018 sur les revenus 2017 ou numéro CAF,
- Jugement concernant l'autorité parentale et le mode de garde pour les couples divorcés ou séparés,
- Carnet de santé (vaccins),
- PAI ou renouvellement (à fournir au secrétariat des services périscolaires),
- Photo récente,

### COMMENT NOUS CONTACTER ?

SECRETARIAT DES SERVICES PERISCOLAIRES

155, rue de la Poste

74380 CRANVES-SALES

Tél : 04 50 35 28 52 – Fax : 04 50 39 94 03

E-mail : [secretariat-periscolaire@mairie.cranves-sales.fr](mailto:secretariat-periscolaire@mairie.cranves-sales.fr)

Site Internet : [www.cranves-sales.fr](http://www.cranves-sales.fr)

Horaires d'ouverture :

Du lundi au jeudi : 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30

Vendredi : 8h30 à 12h00



**\*ACCEPTATION DES ENFANTS DANS LA LIMITE DES PLACES DISPONIBLES  
ET  
SOUS RESERVE QUE LE PRESENT DOSSIER SOIT COMPLET**

# FICHE DE SYNTHÈSE RENOUVELLEMENT

## INSCRIPTION PERISCOLAIRE

Année scolaire 2019/2020

### PERE

Nom & Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. : .....  
 E-mail : .....  
 Profession : .....  
 Autorité parentale :  OUI  NON

### MERE

Nom & Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. : .....  
 E-mail : .....  
 Profession : .....  
 Autorité parentale :  OUI  NON

Situation familiale :  Marié  Union libre  Séparé  Divorcé  
 Décision de justice :  OUI  NON  
 Merci de préciser → semaine paire : ..... semaine impaire : .....



### ENFANT

Nom & Prénom : .....  
 Classe (2018/2019) : .....  Frison Roche  Ecole des Sources

Photo récente

### Reconnais avoir pris connaissance des règlements intérieurs et services suivants :

Accueil périscolaire  Activités spécifiques (A.S)  Restaurant scolaire  Accueil de Loisirs

### AUTORISATIONS

Prise de photos / vidéos / publications d'articles :  OUI  NON  
 Elève en classe de CM2 :  OUI  NON → Autorisé à partir seul ?  OUI  NON



### INFORMATIONS - MODE DE FACTURATION

#### UN SEUL CHOIX POSSIBLE

Attestation d'impôt  
 N° CAF : .....  
 Travailleur frontalier : certificat de salaire  
 Vous ne souhaitez pas communiquer vos revenus → tarif le plus élevé appliqué

**MERCI DE FOURNIR LE JUSTIFICATIF CORRESPONDANT A VOTRE CHOIX**



### RESERVATIONS

Annuelle  Mensuelle

### INSCRIPTIONS



	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



PERE

**Signatures des deux parents avec la mention « lu et approuvé »**

MERE

# FICHE SANITAIRE

Année scolaire 2019/2020

**1 – ENFANT**

GARCON

FILLE

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

**2 – PRATIQUES ALIMENTAIRES :**

Repas sans porc\*

oui  non

OU

Repas sans viande\*

oui  non



\*un seul choix possible

**3 – VACCINATIONS** (à fournir une copie des pages de vaccinations)

VACCINS	OUI	NON	DATES Derniers rappels	VACCINS	OUI	NON	DATES Derniers rappels
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				Autres (préciser)			
Ou Tétracoq							
BCG							

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

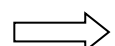
**4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments correspondants (boîtes de médicaments, dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice)**. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

<b>RUBEOLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	



**ALLERGIES :**

ASTHME            Oui     Non

MÉDICAMENTEUSES    Oui     Non

ALIMENTAIRES    Oui     Non

**PAI EXISTANT**            Oui     Non

AUTRES : .....

LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT DES DATES ET LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE.

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

**5 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

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

**6 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ET PRÉNOM .....

ADRESSE .....

.....

TÉL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... **Signature du père :**

**Signature de la mère :**

OBSERVATIONS

.....  
.....