

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

**Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc ... Préciser.

---

---

---

**Observations diverses :**

---

---

---

**4 - COORDONNEES MEDECIN TRAITANT**

Nom et Prénom du Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

**5 - PERSONNES A PREVENIR (autres que les responsables légaux)**

\* cocher les cases souhaitées

Noms-Prénoms	Téléphones	Lien de parenté	A prévenir en cas d'urgence (autre que les responsables légaux) *	A venir récupérer l'enfant (autre que les responsables légaux) *	Interdiction à venir récupérer l'enfant*

## DOSSIER D'INSCRIPTION 2022/2023

### ENFANT

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ sexe: F  M

Date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ ans

Ecole à la rentrée 2023 \_\_\_\_\_ Classe / Niveau \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant.e si enfant scolarisé à Colombier Saignieu \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE 1

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Union Libre

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de Jeune fille : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_

☎ Professionnel \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : (elle sera votre identifiant pour le Portail Famille)

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous l'envoi des factures par mail ?

OUI  NON

### RESPONSABLE 2

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Union Libre

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de Jeune fille : \_\_\_\_\_

Adresse complète (si différente du responsable 1) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_

☎ Professionnel \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : Si différente du responsable 1

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### VOTRE DOSSIER DOIT COMPORTER

- DOSSIER D'INSCRIPTION 2022/2023 PLANETES MAGIQUES
- FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023

**Pièces à joindre obligatoirement au dossier :**

- Attestation CAF (Quotient Familial) de moins de 3 mois pour les habitants de la commune de Colombier-Saignieu uniquement (sans ce document, le tarif le plus élevé sera appliqué)
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture Electricité, Eau...)
- Attestation d'assurance scolaire/périscolaire 2022/2023
- Photocopies des pages « vaccinations » du carnet de santé (+ PAI si besoin)

**CE DOSSIER COMPLET DOIT ÊTRE  
DEPOSÉ OBLIGATOIREMENT  
À PLANÈTES MAGIQUES**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ**

## RENSEIGNEMENTS CAF

Pour les familles habitant Colombier Saignieu uniquement, les tarifs dépendent du Quotient Familial. Pour cela, elles doivent fournir obligatoirement leur notification CAF (Quotient Familial). Sans ce document, le QF maximum sera appliqué.

Numéro d'allocataire CAF : \_\_\_\_\_ Quotient familial : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## REGIME ALIMENTAIRE

- Sans porc OUI  NON

- Autre (allergie) \* OUI  NON  Si OUI, merci de fournir obligatoirement le PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

\*Merci de nous transmettre une photo de votre enfant afin que les équipes d'animation gère au mieux l'organisation.

## INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES

	<u>A partir du :</u>	<u>Et jusqu'au :</u>
⇒ <b>Restauration scolaire</b>		
Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	_____	_____
⇒ <b>Accueil périscolaire</b>		
<b>Matin</b> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>Soir</b> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	_____	_____
⇒ <b>Accueil de loisirs du Mercredi (hors vacances scolaires)</b>	_____	_____
Matin sans repas <input type="checkbox"/> Matin avec repas <input type="checkbox"/>		
Après-midi (à partir de 13h30) <input type="checkbox"/>		
Journée complète <input type="checkbox"/>		

Pour un gain de temps, nous pourrions effectuer vos réservations aux activités périscolaires notées ci-dessus, sur le logiciel Noé. Nous vous demandons donc de vérifier ces réservations rapidement, en vous connectant sur votre compte via le Portail Famille, et en effectuant vous-mêmes vos modifications, si nécessaire.

⇒ **Accueil de loisirs Vacances Scolaires**  
Souhaitez-vous inscrire votre enfant à l'accueil de loisirs pendant les vacances scolaires ? Oui  Non   
Nous vous invitons à relever dans le règlement intérieur les dates d'inscription pour chaque période de vacances.

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ autorise mon enfant \_\_\_\_\_ à participer à toutes les activités de Planètes Magiques,

	OUI	NON
- Autorise Planètes Magiques à photographier mon enfant pendant les activités.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autorise Planètes Magiques à diffuser les photos sur le site internet de la commune ou sur le Portail Famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autorise le Responsable de Planètes Magiques à prendre toutes les mesures d'urgence sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autorise Planètes Magiques à m'envoyer des Mailing / sms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- M'engage à régler sa participation sous 15 jours à réception de la facture.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à respecter son application pour le bon fonctionnement de Planètes Magiques. Je confirme la présente inscription, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

*Signatures des représentants légaux*

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite fin 2023.**

**Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année.**

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Merci de fournir **OBLIGATOIREMENT** la copie des vaccins.

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

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

3.1 - L'enfant présente-t-il un problème de santé, si oui, préciser oui  non

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.2 - 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 administré sans ordonnance.

3.3 - Allergies :

**ASTHME** oui  non

**ALIMENTAIRES** oui  non  si oui, préciser \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTEUSES** oui  non  si oui, préciser \_\_\_\_\_

**AUTRES (animaux, plantes, pollens...)** \_\_\_\_\_

Si oui, joindre un certificat médical ou le PAI précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.