

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 : _____

Je soussigné.e, _____ responsable légal de l'enfant _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires selon l'état de mon enfant.

Date :

Signature :

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

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 *



Colombier Saugnieu

Pôle Enfance - Planètes Magiques-

166 route de Pont de Chéry 69124 Colombier Saugnieu
06.48.11.10.35 — cl@mairie-colombiersaugnieu.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION 2023/2024

ENFANT

Nom: _____ Prénom: _____ sexe: F M

Date de naissance: ____/____/____ Lieu de naissance: _____ Age: _____ ans

Groupe scolaire à la rentrée 2023/2024 _____ Classe / Niveau _____

Nom de l'enseignant.e (si enfant scolarisé à Colombier Saugnieu) _____

Photo

RESPONSABLE 1

Célibataire Marié.e Pacsé.e Divorcé.e Vie maritale Veuf.ve Séparé.e

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de Jeune fille : _____

Lien de parenté avec l'enfant : _____

Adresse complète : _____

📞 _____

📠 Professionnel _____

Adresse e-mail : (elle sera votre identifiant pour l'Espace Famille)

_____ @ _____

Souhaitez-vous l'envoi des factures par email ? OUI NON

Souhaitez-vous communiquer par email ? OUI NON

RESPONSABLE 2

Célibataire Marié.e Pacsé.e Divorcé.e Vie maritale Veuf.ve Séparé.e

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de Jeune fille : _____

Lien de parenté avec l'enfant : _____

Adresse complète : _____

📞 _____

📠 Professionnel _____

Adresse e-mail : si vous souhaitez avoir vos propres accès à l'Espace Famille, vous pouvez nous communiquer votre e-mail (différent du responsable 1)

_____ @ _____

Souhaitez-vous l'envoi des factures par email ? OUI NON

Souhaitez-vous communiquer par email ? OUI NON

RENSEIGNEMENTS CAF

Pour les familles habitant Colombier Saugnieu 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 ____/____/____

VOTRE DOSSIER DOIT COMPORTER :

- DOSSIER D'INSCRIPTION 2023/2024 PLANETES MAGIQUES
- + FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023/2024

Documents à joindre obligatoirement au dossier :

- Attestation CAF (Quotient Familial) de moins de 3 mois pour les habitants de la commune de Colombier-Saugnieu 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 2023/2024 (à fournir avant le 15/09/2023)
- Photocopies des pages « vaccinations » du carnet de santé (+ PAI si besoin)
- Une photographie de l'enfant pour l'identifier sur le logiciel

CE DOSSIER COMPLET DOIT ÊTRE DEPOSÉ OBLIGATOIREMENT À PLANÈTES MAGIQUES

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ

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 gèrent au mieux l'organisation.

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES

	<u>A partir du :</u>	<u>Et jusqu'au :</u>	<u>Garde alternée :</u>
⇒ Restauration scolaire			
Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
⇒ Accueil périscolaire			
Matin Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Soir Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
⇒ Accueil de loisirs du Mercredi (hors vacances scolaires)			
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 sur le logiciel iNoé pour les activités notées ci-dessus. Nous vous demandons de les vérifier et/ou les modifier si nécessaire, dès l'ouverture de l'Espace Famille, le **lundi 21 août 2023**.

⇒ 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 scolaires.

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) Madame, Monsieur _____ autorise mon enfant

_____ à participer à toutes les activités de Planètes Magiques, et

	OUI	NON
- autorise Planètes Magiques à consulter mon dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources CAF (quotient familial, enfant à charge...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise Planètes Magiques à photographier ou filmer mon enfant pendant les activités et à le diffuser sur le site internet de la commune ou sur l'Espace 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 le responsable de Planètes Magiques à administrer les médicaments prescrits uniquement sur ordonnance médicale transmise par les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise mon enfant à emprunter les transports en bus ou minibus lors des sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise Planètes Magiques à m'envoyer des Mailing et/ou sms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autorise mon enfant, en CM2 uniquement, à rentrer seul à mon domicile à partir de 18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- m'engage à régler les factures des activités avant la date limite de paiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- accepte le consentement de saisie des informations (loi RGPD) à la première connexion de l'Espace Famille	<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 2023-2024

1 – ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

Né.e le : ____/____/____

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 2024.

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

⇒ MEDICAMENTEUSES oui non si oui, préciser _____

⇒ AUTRES (animaux, plantes, pollens...) _____

⇒ ALIMENTAIRES oui non si oui, préciser _____

Si « oui » est coché 1 fois, joindre un certificat médical ou le PAI précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.