

Gagnez du temps ! Munissez-vous de la version numérique de vos justificatifs et renouvelez votre dossier en ligne sur perigueux.fr, bloc "accès direct" puis "dossier unique périscolaire".

Votre enfant

Nom : Prénom :
 fille garçon né(e) le
 Domicile (*)

(*) Si vous êtes séparé(e) de votre conjoint, merci de bien vouloir préciser la résidence habituelle de l'enfant, ou dans le cas d'une garde alternée, les modalités d'organisation choisies.

École pour l'année scolaire 2018 / 2019 :
 Niveau scolaire : Très petite section Petite section Moyenne section Grande section
 CP CE1 CE2 CM1 CM2 ULIS

État-civil

Responsable légal 1

Nom - Prénom :
 Adresse** :

Adresse de facturation
 Tél.
 Mail :

Profession :
 Adresse de l'employeur :
 Tél. professionnel :

Pour une participation à la facturation des services proposés**

N° allocataire CAF ou MSA :
 Régime : général (CPAM) agricole spécial
 Nombre de personnes dans le foyer :

Responsable légal 2

Nom - Prénom :
 Adresse** :

Facturation envoyée au responsable légal 1
 Tél.
 Mail :

Profession :
 Adresse de l'employeur :
 Tél. professionnel :

Pour une participation à la facturation des services proposés**

N° allocataire CAF ou MSA :
 Régime : général (CPAM) agricole spécial
 Nombre de personnes dans le foyer :

**Éléments à ne remplir qu'une fois s'ils sont communs aux 2 responsables légaux et à l'enfant. Les dossiers CAF pourront être consultés (prise en compte des ressources du foyer y compris dans le cas de famille recomposé)

Activités périscolaires

Je souhaite inscrire mon enfant à :

- Garderie municipale (gratuite, de 7 h 30 à 8 h 20 en maternelle / de 7 h 15 à 8 h 20 en élémentaire)
 Temps périscolaires (gratuits, de 13 h 30 à 14 h 15 en maternelle / de 15 h 45 à 16 h 30 en élémentaire)
 Restauration scolaire (payante)
 Entourer les jours souhaités : Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Si régime alimentaire particulier, préciser :
 Accueil du soir (payant, de 16 h 30 à 18 h 30)

Accueil de loisirs Borie Bru (payant)

Préciser :
 Mercredi
 Vacances scolaires. Pré-inscription à confirmer à chaque période de vacances

Autorisation parentale

Je soussigné(e),

Responsable légal 1 / responsable légal 2 (rayer la mention inutile)

- Autorise mon enfant à rentrer seul (uniquement à partir de 7 ans) à la fin des différentes activités proposées et à ce titre je décharge la Ville de Périgueux et ses délégataires de toute responsabilité.
 N'autorise pas mon enfant à rentrer seul et autorise les personnes ci-dessous (préciser en majuscules les noms/prénoms de la ou des personnes habilitée(s)), à prendre en charge mon enfant.

Personne 1 : N° de téléphone :
 Personne 2 : N° de téléphone :
 Personne 3 : N° de téléphone :

- Je déclare exacts les renseignements ci-dessus.
 J'autorise la Ville de Périgueux et ses délégataires à photographier mon enfant lors des temps d'ateliers et services périscolaires et à utiliser son image dans le cadre de communications institutionnelles ou à caractère informatif sans but commercial (outils papier et numériques).

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Nom de la compagnie d'assurance :

Numéro de la responsabilité civile :

Médecin traitant de l'enfant

Nom :

Adresse

Tel. :

I - Renseignements médicaux

VACCINATIONS

Joindre une copie des pages de vaccination extraites du carnet de santé et un certificat de contre-indication dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

DIFFICULTÉS DE SANTÉ

L'enfant doit-il suivre un traitement médical spécifique (maladie signalée, pathologie chronique, dyslexie, handicap, etc.) ? oui non

Si un protocole d'accueil individualisé a été rédigé avec l'école pour déterminer des aménagements, une copie doit être fournie. Aucun médicament ne sera donné sans ce document.

Indiquer les difficultés antérieures (accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

ALLERGIES : *médicamenteuses* oui non
alimentaires oui non

asthme oui non
autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

II - Recommandations utiles

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

.....
.....

III - Responsabilité légale

Je soussigné(e), nom :, prénom :, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature (précédées de la mention « lu et approuvé »)