# 

**SERVICE PÉRISCOLAIRE**

**DOSSIER D’INSCRIPTION AU SERVICE PÉRISCOLAIRE**

**LE CHÂTEAU D’OLERON**

**Année 2020-2021**

|  |
| --- |
| **Année 2017-2018ATTENTION : AUCUNE INSCRIPTION AU SERVICE PERISCOLAIRE NE SERA PRIS EN COMPTE SI LE DOSSIER N'EST PAS RETOURNE POUR LE 28 JUIN**  **TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ** |

Ce dossier constitue une démarche préalable d’inscription auprès des services périscolaires municipaux.

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX** |

|  |
| --- |
| **ENFANT**  Nom de naissance : …………………………………………………………Nom d’usage : ……………………………………………………………………  Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Date et Lieu de Naissance : ……………………………………………………………………………………………… Sexe : 🗆M 🗆F  Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Classe fréquentée pour l'année 2020-2021: ……………………………  Assurance (nom et adresse)  ………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Numéro de Police : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Représentant légal – PARENT 1** Autorité parentale : 🗆OUI 🗆NON  Nom: ……………………………………………………………… Nom d’usage: ……………………………………………………………  Prénom : …………………………………………….. Profession et Employeur : …………………………………………………………………………..  Situation Familiale : 🗆Marié(e) 🗆Veuf(ve) 🗆Célibataire 🗆Séparé(e) 🗆Concubinage 🗆Pacsé(e)  Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Téléphone Portable : ……………………………………. Domicile : ………………………..……….……Travail : ………………………………………  Courriel OBLIGATOIRE ET LISIBLE :………………………………………………………………………….@................................................ |
| **Représentant légal – PARENT 2** Autorité parentale : 🗆OUI 🗆NON  Nom   : ………………………………………..…………….…… Nom d’usage : ……………………………………………………………  Prénom : …………………………………………….. Profession et Employeur : …………………………………………………………………………..  Situation Familiale : 🗆Marié(e) 🗆Veuf(ve) 🗆Célibataire 🗆Séparé(e) 🗆Concubinage 🗆Pacsé(e)  Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Téléphone Portable : ……………………………………. Domicile : ………………………..……….……Travail : ………………………………………  Courriel OBLIGATOIRE ET LISIBLE :………………………………………………………………………….@................................................ |

|  |
| --- |
| **SITUATION FAMILIALE**  En cas de divorce, séparation, litiges familiaux, quel parent a la garde de l’enfant ?  🗆 La mère 🗆Le père 🗆Garde alternée : (Préciser\*) ……………………………………………………………………………………………..  \**Merci de bien vouloir fournir un planning de garde pour que nous sachions qui vient chercher l'enfant.*  Les deux parents, même séparés, ont le droit de venir chercher leur enfant à la sortie de classe, sauf si la garde n’est accordée qu’à l’un des parents. Dans ce cas, le parent concerné devra fournir avec le dossier d’inscription, une photocopie du jugement de divorce mentionnant qu’il a seul la garde de l’enfant. Il pourra être éventuellement demandé une pièce d’identité avec photo pour pouvoir prendre l’enfant en charge. |

|  |
| --- |
| **Autre responsable légal (personne physique ou morale)**  Autorité parentale : 🗆OUI 🗆NON  Organisme : ………………………………………………………………….. Personne référent : …………………………………………………………….  Fonction : ………………………………………………………………………. Lien avec l’enfant : ……………………………………………………………..  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Téléphone Portable : ……………………………………. Domicile : ………………………..……….……Travail : ……………………………………… Courriel :………………………………………………………………………….@............................................................................................. |

**Frère(s) et sœur(s) de l’enfant *(à compléter s’il y a lieu)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom - Prénom | Etablissement Scolaire fréquenté | Classe |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ENFANT : ……………………………………………………………………..**

|  |
| --- |
| **PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D’URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L’ENFANT**  **AUTRE QUE LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX *(Au moins 1 personne obligatoire)*** |

|  |
| --- |
| Nom et Prénom :……………………………………………………………………………………….. 🗆 À appeler en cas d’urgence  Lien avec l’enfant : ……………………………………………………………………………………. 🗆 Autorisé à prendre l’enfant  Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Téléphone Portable : ……………………………………. Domicile : ………………………..……….……Travail : ……………………………………… |
| Nom et Prénom :……………………………………………………………………………………….. 🗆 À appeler en cas d’urgence  Lien avec l’enfant : ……………………………………………………………………………………. 🗆 Autorisé à prendre l’enfant  Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Téléphone Portable : ……………………………………. Domicile : ………………………..……….……Travail : ……………………………………… |
| Nom et Prénom :……………………………………………………………………………………….. 🗆 À appeler en cas d’urgence  Lien avec l’enfant : ……………………………………………………………………………………. 🗆 Autorisé à prendre l’enfant  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Téléphone Portable : ……………………………………. Domicile : ………………………..……….……Travail : ……………………………………… |
| Nom et Prénom :……………………………………………………………………………………….. 🗆 À appeler en cas d’urgence  Lien avec l’enfant : ……………………………………………………………………………………. 🗆 Autorisé à prendre l’enfant  Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Téléphone Portable : ……………………………………. Domicile : ………………………..……….……Travail : ……………………………………… |

Les textes ne précisent pas d'âge légal minimum pour être autorisé à venir chercher un enfant à la sortie de l'école maternelle et/ou élémentaire.

**Une personne mineure peut donc récupérer l’enfant à la sortie des classes, uniquement si elle est autorisée (par écrit) par les responsables légaux de l'enfant et seulement après rencontre obligatoire avec le Service Scolaire, Périscolaire et le Maire adjoint en charge des affaires scolaires qui délivrera ou non cette autorisation**. (Références : Circulaire n°97-178 du 18 septembre 1997 relative à la surveillance et sécurité des élèves dans les écoles maternelles et élémentaires publiques. Paragraphe 1.2 Circulaire n°91-124 du 6 juin 1991 relative aux Directives générales pour l'établissement du règlement type départemental des écoles maternelles et élémentaires. Paragraphe 5.3.2)

|  |
| --- |
| **TEMPS DE VIE DE L’ENFANT** |

École année 2020-2021 : 🗆École Maternelle Françoise DOLTO 🗆École Élémentaire Pierre D’ARGENCOURT

Classe fréquentée : 🗆TPS 🗆PS 🗆MS 🗆GS 🗆CP 🗆CE1 🗆CE2 🗆CM1 🗆CM2

|  |
| --- |
| **INSCRIPTION SERVICE RESTAURATION SCOLAIRE** |

Mon enfant fréquentera le restaurant périscolaire de l’école : 🗆OUI 🗆NON

🗆 Régulièrement  🗆 Exceptionnellement (Merci de cocher les jours souhaités)

🗆 Lundi 🗆 Mardi 🗆 Jeudi 🗆 Vendredi

🗆 Ne fréquentera pas le Restaurant Scolaire

Je précise le NOM et Adresse du redevable à facturer : ……………………………………………………………………………………….........

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Toute absence prévue devra être signalée 48h à l’avance.**

**L’inscription au restaurant périscolaire de tout enfant présentant des problèmes de santé et/ou d’allergie(s) alimentaire(s) est conditionnée à l’avis obligatoire du médecin scolaire et à la signature d’un Projet d’Accueil Individualisé (PAI).**

🗆 Je précise qu’un Projet d’Accueil Individualisé sera à mettre en place.

|  |
| --- |
| **INSCRIPTION SERVICE GARDERIE PÉRISCOLAIRE – ACCUEIL DU MATIN ET DU SOIR** |

**Ce service est organisé au sein des 2 écoles**

Ce service est réservé exclusivement aux enfants dont les deux parents travaillent.

**Déclaration sur l'honneur**

Je soussigné(e) Mme et/ou M. ………………………………………………………………………………………………, demeurant à l'adresse indiquée précédemment, déclarons sur l'honneur avoir une activité professionnelle nécessitant d'utiliser le service garderie. Je (nous nous engageons) m'engage à informer immédiatement le service de toute modification quant à ma (notre) situation professionnelle.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

A …………………………………………………… le ……………………..

Signature

**Les familles souhaitant bénéficier de ce service s’engagent à respecter scrupuleusement les horaires d’ouverture et de fermeture de la garderie périscolaire.**

Mon enfant fréquentera la garderie périscolaire de l’école : 🗆OUI 🗆NON

🗆 Régulièrement  🗆 Occasionnellement (Merci de cocher les jours souhaités)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **LUNDI** | **MARDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** |
| **Matin (7h45-8h50)** |  |  |  |  |
| **Soir (16h20-18h30)** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **INSCRIPTION SERVICE TRANSPORT SCOLAIRE** |

Cette inscription permet aux agents municipaux d’avoir les informations nécessaires pour l’accompagnement de votre enfant durant le temps de transport scolaire et de contacter les parents en cas d’incident pour les enfants empruntant, régulièrement ou occasionnellement, les transports scolaires.

Le personnel chargé de l’encadrement des enfants, veille aussi, en collaboration avec le chauffeur, aux conditions de sécurité des autres enfants dans le bus.

La responsabilité est donc partagée entre transporteur, Conseil Régional et Municipalité.

Les inscriptions aux transports scolaires se font sur le site : transports.nouvelle-aquitaine.fr

Mon enfant empruntera les transports scolaires : 🗆OUI 🗆NON

Mon enfant empruntera : 🗆 Le Circuit 1 – LA RENISIERE 🗆 Le Circuit 2 – GIBOU/ORS

**Mon enfant utilisera l’arrêt pour le Circuit 1 :**

**🗆 Grésillon Nord 🗆 Bordelinière (Poissonnerie) 🗆 Bordelinière🗆 Chevalerie**

**🗆 Imprimerie Mounier 🗆 Renisière 🗆 Glacière 🗆 Cimetière**

**Mon enfant utilisera l’arrêt pour le Circuit 2 :**

**🗆 Gibou – Faux Moines 🗆 Gibou – HLM 🗆 Gaconnière Village 🗆 Gaconnière**

**🗆 Briganières Binaudes 🗆 Ors La Croix 🗆 Ors Centre**

**Mon enfant âgé de ………..ans est autorisé à partir seul à la descente du BUS** 🗆OUI 🗆NON

**Si personne n’est présent à l’arrêt du bus, l’enfant restera en surveillance dans le bus et sera déposé en garderie périscolaire, les parents en seront immédiatement informés.**

**Signature des parents :**

**POUR INFORMATION : un service de transport est assuré le mercredi pour les enfants qui fréquentent L'Atalante avec les mêmes horaires et arrêts que pendant les vacances scolaires.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALLER** | **Ors** | **7h40** | **RETOUR** | **Ors** | **17h30** |
| **La Poste** | **7h45** | **La Poste** | **17h35** |
| **Le cimetière** | **7h50** | **Le cimetière** | **17h40** |

|  |
| --- |
| **AUTORISATION PARENTALE OU DES REPRÉSENTANTS LEGAUX DU DROIT A L’IMAGE** |

|  |
| --- |
| Je (nous) soussigné(e) Mme et/ou M. …………………………………………………………………………..  Agissant en tant que représentant légal de l’enfant …………………………………………………………………………………………………..  Autorise la prise de photographies (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le représentant dans le cadre des activités périscolaires pour l’année scolaire 2020-2021 et la diffusion et la publication de photographies le représentant dans le cadre strictement énoncé ci-après : Sur tout support de communication et d’information relatif à la promotion de ces activités et notamment la presse écrite et le site internet de la Commune de Le Château d’Oléron.  L’utilisation se fera sur tout support nécessaire à la présentation indiquée (sur papier, support analogique ou support numérique). Cette utilisation ne concerne que la durée de vie de la présentation (ou du site) précisée. Les photographies ne seront ni communiquées à d’autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d’autres usages. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concernent est garanti.  🗆 OUI 🗆 NON  Fait à : ………………………………………………………… Le : …………………………………………………………......  Signature du (des) représentant légal (aux) : |

|  |
| --- |
| **AUTORISATION PARENTALE OU DES REPRÉSENTANTS LEGAUX MAQUILLAGE** |

|  |
| --- |
| Je (nous) soussigné(e) Mme et/ou M. …………………………………………………………………………..  Agissant en tant que représentant légal de l’enfant …………………………………………………………………………………………………..  Autorise mon enfant à être maquillé (Halloween, Fêtes de fin d'année, Carnaval…) dans le cadre des activités périscolaires pour l’année scolaire 2020-2021  🗆 OUI 🗆 NON  Fait à : ………………………………………………………… Le : …………………………………………………………......  Signature du (des) représentant légal (aux) : |

|  |
| --- |
| **AUTORISATION PARENTALE OU DES REPRESENTANTS LEGAUX** |

|  |
| --- |
| Je (nous) soussigné(e) Mme et/ou M. …………………  Agissant en tant que représentant légal de l’enfant ci-dessus désigné,  🗆Atteste l’exactitude des renseignements et informations transmis ci-dessus et m’engage à signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur ce dossier unique d’inscription auprès des Services Scolaire et Périscolaire de la Mairie de Le Château d’Oléron.  🗆En cas d’accident, j’autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d’un médecin et/ou d’un service d’urgence, seuls habilités à définir l’hôpital de secteur  Fait à : ………………………………………………………… Le : ………………………………………………………….....  Signature du (des) représentant légal (aux) : |
|  |
| **INFORMATION LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTES » ET PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES** |

|  |
| --- |
| Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé pour permettre l’inscription de votre enfant aux services scolaire et périscolaire.  Conformément à la loi « informatique et libertés » et au Règlement Général à la Protection des Données (RGPD), vous pouvez exercer votre droit d’accès aux données vous concernant en envoyant un message à l’adresse suivante : [mairie@lechateaudoleron.fr](mailto:mairie@lechateaudoleron.fr) |

ATTENTION : DOSSIER D'INSCRIPTION A RENVOYER PAR MAIL à

[sonia.theveniaut@lechateaudoleron.fr](mailto:sonia.theveniaut@lechateaudoleron.fr)

OU A DEPOSER EN MAIRIE (Service scolaire) POUR LE

**Mardi 28 JUIN 2020 AU PLUS TARD.**

******

****SERVICES SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** | **L’ENFANT** |
| NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PRÉNOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| GARÇON  FILLE |

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant). Pas de photocopie !

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **oui** | **non** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| 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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

L’enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence aux services périscolaires : 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.**

A titre indicatif, L’ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME  ARTICULAIRE AIGÜ | SCARLATINE |
| OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS |  |
| OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 |  |

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES ………………………………………………………………..

**PRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**P.A.I** (projet d’accueil individualisé) en cours : oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3 –** **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non 

DES LUNETTES : oui  non 

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non 

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non 

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire) :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4- AUTORISATIONS**

J’autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non 

J’autorise mon enfant à participer aux activités sportives nautiques et aux baignades surveillées : oui  non 

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non 

|  |
| --- |
| **5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**  Je (nous) soussigné(e) Nom - Prénom …………………………………………………………………………………………………………………..  Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Téléphone domicile : …………………………………………………………. Portable : ……………………………………………………………………  Téléphone Travail : ……………………………………… Médecin Traitant et Téléphone :………………………………...........................  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.  Fait à : ……………………………………………………….. Le : …………………………………………………………....  Signature du (des) représentant légal (aux) : |