



# LES P'TITS LOUPS

Dossier d'inscription

2023 / 2024

Pour l'ensemble des accueils de la commune  
(Cantine – garderie du matin – périscolaire du soir – ACM – mercredis récréatifs)

## INFORMATION ENFANT 1

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
Ecole	<input type="text"/>	Classe ?	<input type="text"/>

## INFORMATION ENFANT 2

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
Ecole	<input type="text"/>	Classe ?	<input type="text"/>

## INFORMATION ENFANT 3

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
Ecole ?	<input type="text"/>	Classe ?	<input type="text"/>

## RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

<b>Situation des parents :</b> <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) * <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)		
*restriction en cas de divorce :  (Joindre une pièce administrative indiquant le parent responsable de l'enfant ou des enfants)		
<b>PARENT 1 / RESPONSABLE LEGAL</b>  Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... ..... Tel domicile : __ / __ / __ / __ / __ Tel portable : __ / __ / __ / __ / __ e-mail : _____@_____ Mail utilisé pour le futur Espace Famille OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (1 seul mail / compte pour l'espace famille) Profession : ..... Employeur : ..... Tel professionnel : __ / __ / __ / __ / __	<b>PARENT 2</b>  Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... ..... Tel domicile : __ / __ / __ / __ / __ Tel portable : __ / __ / __ / __ / __ e-mail : _____@_____ Mail utilisé pour le futur Espace Famille OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (1 seul mail / compte pour l'espace famille) Profession : ..... Employeur : ..... Tel professionnel : __ / __ / __ / __ / __	
Caisse d'allocation : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre*		
Nom et N° d'allocataire : .....		*Précisez : .....

### AUTORISATIONS (Personnes autorisées à récupérer votre / vos enfant(s) (merci de classer par priorité)) :

NOMS Prénoms	QUALITE (membre de la famille, nourrice et amis)	Adresse complète	Numéros de téléphone	A prévenir en cas d'urgence si nous n'arrivons pas à vous joindre ?
				Oui / Non
				Oui / Non
				Oui / Non

### PIECES A FOURNIR

- ✓ Fiche sanitaire complétée (une par enfant), photocopie du carnet de santé si nécessaire, copies des ordonnances des traitements en cours
- ✓ L'attestation de l'assurance civile **extra-scolaire**
- ✓ Le ou les derniers avis d'imposition ou de non-imposition complets,
- ✓ La notification « Aides Aux Temps Libres » de la CAF


Pour info, les chèques vacances sont acceptés pour l'accueil de loisirs.  
 Les CESU sont acceptés pour les mercredis récréatifs, l'accueil périscolaire, ACM (vacances).

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023– 2024**

**ENFANT :** .....

**MEDECIN TRAITANT :** ..... N° tel : .....

Adresse : .....

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination)

VACCINS	Date du dernier rappel	VACCINS	Date du dernier rappel
Rougeole – Oreillons – Rubéole (ROR)		Méningite	
Diphtérie – tétanos – Coqueluche (Dcat)		Neisvac	
Pneumocoque		BCG	
Poliomyélite		Varicelle	
Hépatite B		Tétracoque	

**L'enfant suit-il un traitement médical ?** OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE DATEE ET SIGNEE DU MEDECIN**

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

Rubéole	Rougeole	Coqueluche	Varicelle	Oreillons	Otite	Angine	Scarlatine	RHUMATISME ARTICULAIRE
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :**

ALIMENTAIRES	MEDICAMENTEUSES	ASTHME
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

---



---



---

**Restrictions alimentaires (sans porc, végétarien, PAI...) :** .....

**Les difficultés de santé, recommandations utiles des parents (lunettes, appareil, opération, hospitalisation...) :**

---



---



---

**Signature :**

## DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussigné, ..... Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire et autorise le responsable du centre à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.  
Et m'engage à rembourser le cas échéant à la commune, les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.

Par ailleurs :

- Je certifie exact l'ensemble des renseignements portés dans ce dossier,
- J'ai bien pris note que mon enfant est sous la responsabilité du directeur uniquement lorsqu'il se trouve dans l'enceinte de la structure
- J'autorise l'organisateur à utiliser, dans le cadre pédagogique, des photos et vidéos de mon ou mes enfant(s) pendant les activités : publication : Suippes info, bulletin municipal, site internet, Facebook ...
  - **Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photo ou filmé, il vous appartient de joindre une lettre indiquant votre refus.**
- J'autorise mon enfant à être transporté en minibus si nécessaire ou en bus (lors des sorties des ACM)
- Je consens à l'informatisation des données par la commune de Suippes à des fins strictement confidentiel
- Je souhaite recevoir ma facture par mail
- Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs et à m'y conformer

Si vous souhaitez que votre enfant rentre seul après le périscolaire, mercredis récréatifs... il vous appartient de faire un courrier le spécifiant.

Fait à Suippes, le .....

Signature des parents

### INSCRIPTIONS AUX ACCUEILS - 2023 / 2024

	Matin 7h15 – 8h30				Midi 11h30 – 13h30				Soir 16h30 - 18h15			
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Inscription à l'année, jour de fréquentation												
Planning au mois selon les places disponibles												

Mercredis récréatifs			
	Matin 7h15 / 9h00 – 12h00	Repas 12h00 – 13h30	Après midi 13h30 – 17h / 18h15
Inscription à l'année			
Planning au mois selon les places disponibles			