



**DOSSIER D'INSCRIPTION  
AUX ACTIVITES PERISCOLAIRES  
ANNEE SCOLAIRE 2011-2012**

Direction de l'Education et du Temps de l'Enfant  
Service Education

Après avoir complété et signé ce dossier vous devez le remettre au Coordinateur de l'accueil de loisirs de votre secteur. La participation des familles au coût de la restauration scolaire et des activités périscolaires est calculée en fonction du quotient. En l'absence du calcul du quotient familial, les prestations seront facturées au tarif maximum.

**Nom de l'Ecole fréquentée :** .....

**Mon ou Mes enfants fréquentera(ont) la(les) activité(s) Périscolaire(s) :**

Nom(s) Prénom(s)	Date de Naissance	Restauration	Accueil Matin /Soir	ATS *	Accueil de Loisirs
.....	...../...../.....	.....	.....	.....	.....
.....	...../...../.....	.....	.....	.....	.....
.....	...../...../.....	.....	.....	.....	.....
.....	...../...../.....	.....	.....	.....	.....

\*Mettre une ou des croix dans les (l')activité(s) demandée(s)

\* ATS Ateliers du soir

**Identifiant famille (sur la carte de quotient) :** .....

**Famille :**

**Responsable légal 1**

**Responsable légal 2**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**CP / Ville :** .....

**Tél. domicile :** .....

**Tél. portable :** .....

**Lieu de travail :** .....

**Tél. professionnel :** .....

**N° de sécurité sociale :** ..... **Adresse**.....

**N° de mutuelle :** ..... **Adresse :**.....

**Personne à contacter en cas d'urgence :** .....

**Tél. :** ..... **Portable :** .....

**DECLARATION DU/DES RESPONSABLE(S) LEGAL (AUX) ET AUTORISATION DE SORTIE**

Je soussigné(e) Mme ou M. : .....

- Autorise le Coordinateur Enfance à faire appel aux services d'urgences médicales si la santé de mon (mes) enfant(s) le nécessite ou en cas d'accident\*.

oui non

- Autorise mon (mes) enfant(s) à être photographié(s) ou être filmé(s)\*

oui non

- Autorise mon (mes) enfant(s) (uniquement les enfants en âge élémentaire) :

à partir seul(s) de l'accueil de loisirs\*: non oui à quelle heure : .....

à quitter les Ateliers du Soir\* départ possible à : 17h45 ou à 18h30

L'horaire sera à confirmer auprès de l'animateur des Ateliers du Soir.

- Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon (mes) enfant(s) :

Nom et prénom des personnes autorisées :

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

- Avoir pris connaissance et accepter le règlement de la Restauration, des ATS et de l'Accueil Périscolaire.

- M'engage à signaler au Coordinateur Enfance tout changement de situation concernant (les) l'enfant(s), les responsables légaux, etc..

- **RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS :**

.....  
.....

Fait à : ..... le : ..... Signature (s) du / des Responsable(s)

\* entourer la ou les réponse(s)

Je soussigné (e)(s) Mme et (ou) M. .... s'engage(nt) à régler les factures des activités périscolaires que la Ville de Cergy enverra chaque mois.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements donnés ci-dessus et ci-dessous et m'engage à informer immédiatement la Ville de Cergy de toutes modifications relatives à ma situation familiale, professionnelle ou à mon domicile.

Fait à Cergy, le

Signature

**DOCUMENTS A FOURNIR :**

- Photocopie du jugement de divorce en cas de séparation

# VACCINATIONS

Remplir une fiche de vaccinations par enfant.

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

## VACCINATIONS – à remplir à partir du carnet de santé

### Antipoliomyélitique, antidiphtérique, antitétanique, anticoquelucheuse

Vaccins pratiqués	Dates	Rappels
-	-	-
-	-	-
-	-	-

Antituberculeuse BCG	Autres vaccins		Méningite	Hépatite
<b>1<sup>er</sup> vaccin</b>	<b>Vaccins pratiqués</b>	<b>Dates</b>	-	-
<b>revaccination</b>	-	-	-	-
	-	-	-	-
	-	-	-	-

**Test tuberculinique**

**Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?**

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : (entourez la maladie correspondante)**

Varicelle	coqueluche	oreillons	angines	otites	rubéole
Rougeole	scarlatine	rhumatisme	asthme	roséole	

**Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :**

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

# INSCRIPTION A LA RESTAURATION

**Identifiant famille :** .....  
 (sur carte de quotient)

**Famille :**                      **Responsable légal 1**                      **Responsable légal 2**

Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... CP /Ville : ..... Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... E-mail : ..... Ecole fréquentée : .....	
---	--

## Restauration :

**L'inscription à la restauration scolaire est obligatoire et doit être renouvelée chaque année, aucun enfant ne peut être accepté sans dossier. En cas de situation d'impayés, la ville de Cergy se réservera le droit de ne plus accepter l'enfant en restauration scolaire.**

**Régimes Alimentaires particuliers : vous devez contacter le Coordinateur de l'accueil de Loisirs de votre secteur, avant le 1<sup>er</sup> jour de fréquentation de la restauration, afin de constituer le dossier. Le dossier doit être renouvelé chaque année. En l'absence de dossier à jour, pour des raisons de sécurité, votre enfant ne pourra fréquenter la restauration.**

Nom(s) et Prénom(s) De(s) l'enfant(s)	Date de naissance	Nombre de jour demandés*				Jours demandés*			
		1	2	3	4	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
.....	...../...../.....	1	2	3	4	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
.....	...../...../.....	1	2	3	4	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
.....	...../...../.....	1	2	3	4	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
.....	...../...../.....	1	2	3	4	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
.....	...../...../.....	1	2	3	4	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

**\*Entourer la ou (les) réponse(s)**