

Ce document complété et signé vaut inscription à (cochez la ou les cases souhaitées) :

- Écoles publiques de Viriat Centre de loisirs / VIP Ados Restaurant scolaire

Toutes les informations demandées sont nécessaires.

En cas de carence d'information, le dossier sera renvoyé et l'accès au service mis en attente. Veuillez remplir cette fiche lisiblement.

Partie 1 : Concernant l'enfant

- NOM : Prénom :
- Date de naissance :/...../..... Sexe : Féminin Masculin
- École fréquentée : Publique Viriat Privée Viriat Autre
- Niveau scolaire :
- Je certifie que mon enfant n'a pas de PAI (projet d'accueil individualisé) ou d'allergie particulière. Dans le cas contraire, je contacte sans délai centredeloisirs@viriat.fr ET restaurantscolaire@viriat.fr pour présenter la situation et réfléchir aux modalités d'accueil.
- Si l'enfant mange de façon régulière un ou plusieurs jours de la semaine (modifiable en cours d'année) : lundi mardi jeudi vendredi
- Cantine jour de la rentrée scolaire : Oui Non
- Régime alimentaire de l'enfant : Standard Sans porc Sans viande
- Je perçois l'AEEH pour mon enfant : Oui Non

Partie 2 : concernant les responsables légaux

Responsable légal 1 :

- Père Mère Famille d'accueil Autre, à préciser :
- NOM : Prénom :
- Date de naissance :/...../.....
- Adresse :
- Code postal : Ville :
- Courriel :
- Téléphone 1 :/...../...../...../..... Téléphone 2 :/...../...../...../.....
- Profession (facultatif) :

Responsable légal 2 :

- Père Mère Famille d'accueil Autre, à préciser :
- NOM : Prénom :
- Date de naissance :/...../.....
- Adresse :
- Code postal : Ville :
- Courriel :
- Téléphone 1 :/...../...../...../..... Téléphone 2 :/...../...../...../.....
- Profession (facultatif) :

Partie 3 : informations administratives et financières

- Assurance souscrite auprès de :
- N° de contrat d'assurance :
- Les factures sont à envoyer à :
- Responsable légal 1 Responsable légal 2 Autre, à préciser :

Pour les tarifs basés selon les ressources de la famille, nous pouvons consulter via les portails sécurisés de la CAF et de la MSA.

- N° d'allocataire CAF ou MSA :
- Autre régime (fournir le dernier avis d'imposition) :
- Je refuse de communiquer ces informations, à défaut le tarif le plus élevé sera appliqué
- Je souhaite régler les factures par prélèvement bancaire. Je joins un IBAN.

Partie 4 : concernant la fratrie (merci de renseigner tous les frères et sœurs)

NOM	Prénom	Date de naissance	Établissement scolaire	Classe
	/...../.....		
	/...../.....		
	/...../.....		

Partie 5 : concernant les personnes autorisées à récupérer l'enfant

Au-delà des responsables 1 et 2, seules les 5 personnes ci-dessous sont autorisées à récupérer mon enfant.

NOM et Prénom	Relation	N° de téléphone
	/...../...../...../.....
	/...../...../...../.....
	/...../...../...../.....
	/...../...../...../.....
	/...../...../...../.....

Partie 6 : cadre libre

Pour l'accueil et la sécurité de l'enfant, vous pouvez noter ici les informations que vous jugerez utiles (sauf celles liées aux allergies et aux questions de santé de votre enfant) :

.....

.....

.....

.....

.....

Situation particulière à communiquer (divorce, jugement, décision particulière à prendre en considération pour l'accueil de l'enfant...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Acceptation

Je soussigné (e) responsable de l'enfant cité au cadre 1 :

- Certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à mettre à jour si nécessaire mes informations sur le Portail Famille.

- Accepte de recevoir via les outils de communication de la collectivité les éléments nécessaires au bon fonctionnement du service et tout autre support d'information.
- J'autorise la collectivité à consulter la base de données CAF ou MSA pour connaître mes ressources et ainsi déterminer le tarif à appliquer (cf. cadre 3).
- Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur des services et les accepter sans aucune réserve. Je m'engage à régler tous les frais liés aux inscriptions demandées et prestations liées.

J'autorise la prise de photos et de vidéos de mon enfant dans le cadre des activités et l'utilisation de ces supports à des fins de communication pour la collectivité.

Les informations recueillies sur cette fiche sont enregistrées dans un fichier informatisé par la mairie de Viriat et les écoles publiques de Viriat dans le cadre d'une demande d'inscription à l'école publique de Viriat ou aux services municipaux proposés par la Cité des Enfants.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement ou de limitation en contactant : protectiondonnees@grandbourg.fr. Pour plus d'informations sur vos droits : www.cnil.fr

Fait à le

Signature :

Aide-mémoire :

Pièces justificatives à joindre à votre dossier :

- Justificatif de domicile.
- Autorisation parentale en cas de parents séparés et dont un des parents est domicilié dans une autre commune que Viriat.
- Jugement de divorce le cas échéant
- Copie du livret de famille.
- Fiche de liaison sanitaire jointe.
- Copie du carnet de vaccination de l'enfant.
- Si dans la partie 3 vous avez coché « autre régime », veuillez fournir votre dernier avis d'imposition.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :