



**À ADRESSER A LA DIRECTRICE DU PERISCOLAIRE**  
**OU A LA COMMUNAUTE DE COMMUNES 22, rue Raymond Poincaré 55210 VIGNEULLES**

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance de l'enfant : ...../...../.....

Classe : .....

Situation familiale **de l'enfant** = (cochez la case correspondante)

Parents :  mariés,  pacsés/en concubinage,  divorcés,  dépacés/séparés,  veuf,  famille monoparentale.

**ADRESSE DE FACTURATION** : (1 seule adresse possible)

Mme ou M .....Prénom : .....

Adresse postale :.....

.....

Adresse mail :.....

**Représentants légaux :**

**Parent 1 :**

Mme/M.....Prénom : .....Date de naissance : ...../...../...

Numéro de téléphone : Fixe.....Portable.....

Tel. professionnel : .....

Employeur (adresse et N° de téléphone) : .....

.....

**Parent 2 :**

Mme/M.....Prénom : .....Date de naissance : ...../...../...

Numéro de téléphone : Fixe.....Portable.....

Tel. professionnel : .....

Employeur (adresse et N° de téléphone) : .....

.....

**Tuteur**     **Famille d'accueil**

Mme/M.....Prénom : .....Date de naissance : ...../...../...

Numéro de téléphone : Fixe.....Portable.....

Tel. professionnel : .....

Employeur (adresse et N° de téléphone) : .....

.....

Numéro d'allocataire (CAF/MSA) : N°.....

Assurance extra scolaire : Nom : .....N° de contrat.....

Fait à....., le ...../...../.....

**Signature :**



**BULLETIN D'INSCRIPTION POUR LA CANTINE,  
POUR L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE MATIN ET SOIR et/ou ATELIERS MIDI ET SOIR  
DE L'ÉCOLE D'APREMONT LA FORET  
ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025**



**Souhaite inscrire mon enfant :**

NOMS DE L'ENFANT	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	CLASSE

**A la cantine** : (cochez la case correspondante)

- En occasionnel.                       En régulier : remplir le tableau ci-dessous :



	CANTINE
Lundi	
Mardi	
Jeudi	
Vendredi	

**Signature :**

**Au périscolaire matin et soir et/ou aux ateliers midi et soir** : (cochez la case correspondante)

- En occasionnel. Sous réserve de places disponibles sur l'accueil périscolaire (merci d'appeler au moins 24h avant la venue de votre enfant) ou pour les ateliers du midi et du soir.



- En régulier à l'accueil périscolaire du matin et du soir : remplir le tableau ci-dessous :

	Matin	Soir
Lundi		
Mardi		
Jeudi		
Vendredi		

**DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ** (Seules les personnes majeures sont autorisées à venir chercher les enfants).

M. et Mme ....., parents de l'enfant .....

autorisent

M. ou Mme ..... Qualité : .....tel : .....

M. ou Mme ..... Qualité : .....tel : .....

M. ou Mme ..... Qualité : .....tel : .....

à prendre en charge mon enfant à sa sortie de l'accueil périscolaire et/ou des ateliers.

**Signature :**

Fait à....., le ...../...../.....



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Attention ! N'oubliez pas de remplir obligatoirement le paragraphe 5. Merci.**



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

**OBSERVATIONS**

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

## Notification de sortie pour l'année 2024-2025 dans le cadre des temps périscolaires

Les enfants inscrits au périscolaire sont susceptibles de participer à des sorties et/ou animations à pieds (dans le village) organisées par l'équipe pédagogique sur les temps périscolaires du matin, midi et du soir durant l'année scolaire 2024-2025.

Je soussigné M. M<sup>me</sup> \_\_\_\_\_

responsable de l'enfant \_\_\_\_\_ classe de \_\_\_\_\_ certifie avoir lu et  
accepter cette notification.

**Signature :**

## Autorisation de photographe 2024/2025

Je soussigné M. M<sup>me</sup> \_\_\_\_\_

responsable de l'enfant \_\_\_\_\_ classe de \_\_\_\_\_

autorise mon enfant à être pris en photo dans le cadre des temps périscolaires et autorise la CODECOM à utiliser les photos dans des supports d'information et de diffusion publique.

n'autorise pas mon enfant à être pris en photo dans le cadre des temps périscolaires.

**Signature :**

## Acceptation du règlement 2024/2025

L'inscription de votre enfant à l'un ou l'autre des services périscolaires vaut acceptation de ce règlement.

Merci de lire le règlement dans votre espace documentaire ONE (si c'est votre première inscription il vous a été donné en version papier) et signer le formulaire ci-dessous une fois lu et accepté.

La Communauté de Communes Côtes de Meuse Woëvre se réserve le droit de modifier le présent règlement.

Je soussigné M. M<sup>me</sup> \_\_\_\_\_

responsable de l'enfant \_\_\_\_\_ classe de \_\_\_\_\_

Certifie avoir lu et accepter le règlement intérieur des temps périscolaires d'Apremont pour l'année 2024/2025.

**Signature :**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_