COMMUNAUTÉ de COMMUNES

Informations sur l'enfant :

Nom :

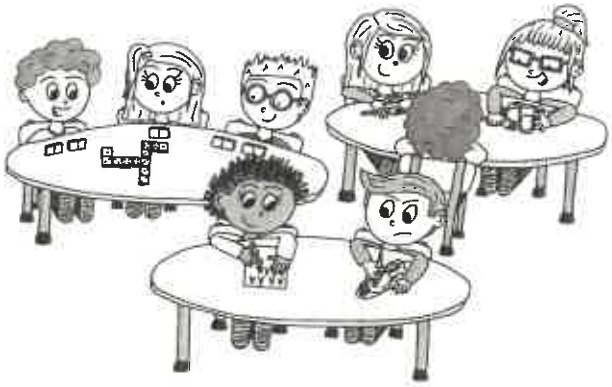
Prénom :

Classe *(rentrée 2022)* :

Ecole fréquentée :

Dossier d'inscription périscolaire & cantine

2023-2024



Dossier à renvoyer avant Le 2 Juin 2023 à l'une des adresses ci-dessous :

Communauté de Communes du Pays de Stenay et du Val Dunois
6D Avenue de Verdun 55700 Stenay
Tel : 03.29.80.31.81

OU

7 Rue de la Meuse 55110 Doulcon
Tel : 03.29.80.90.48

Mail : scolaire@ccstenaydun.fr

Identité de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe *(rentrée 2022)* :

de Mme / Mr

Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin

Responsables de l'enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

☐ Père ☐ Mère ☐ Responsable légal

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Personnel

Téléphone fixe

Téléphone portable

Mail :

Professionnel

Téléphone fixe

Téléphone portable

Mail :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

☐ Père ☐ Mère ☐ Responsable légal

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Personnel

Téléphone fixe

Téléphone portable

Mail :

Professionnel

Téléphone fixe

Téléphone portable

Mail :

TOUTES MODIFICATIONS D'ADRESSE OU DE SITUATION FAMILIALE DOIVENT ÊTRE SIGNALÉES.

Personnes à prévenir en cas d'urgence
(autres que les Responsables de l'enfant précédemment cités)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Téléphone fixe

Téléphone portable

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Téléphone fixe

Téléphone portable

Autorisation de droit à l'image

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas

les prises de photos/vidéos/enregistrements audio et leur diffusion sous toute forme à des fins représentatives de la cantine ou de l'accueil périscolaire.

Autorisation de sortie

Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant (hors parents ou tuteurs légaux)

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal :
Commune :
Téléphone fixe
Téléphone portable

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal :
Commune :
Téléphone fixe
Téléphone portable

J'assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge la Communauté de Communes du Pays de Stenay et du Val Dunois en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Fait à
Le

Signature

Renseignements CAF/MSA

Numéro Allocataire
Quotient Familial (QF)

JOINDRE UNE ATTESTATION SI QF < 800 €.
SANS ATTESTATION LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES SE VERRA CONTRAINTE D'APPLIQUER LE TARIF LE PLUS ÉLEVÉ.

Documents à fournir

- ✓ PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE
- ✓ PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTÉ (PAGES VACCINATIONS)
- ✓ ATTESTATION CAF/MSA AVEC QUOTIENT FAMILIAL
- ✓ FICHE CANTINE 2022/2023
- ✓ FICHE ACCUEIL PÉRISCOLAIRE 2022/2023

Je soussigné(e), *(Nom, Prénom)*
responsable légal de l'enfant *(Nom, Prénom)*

» atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements founris et m'engage à prévenir la Communauté de Commuines du Pays de Stenay et du Val Dunois de tout changement éventuel (adresse, situation médicale, situation familiale, etc.)

» reconnais avoir pris connaissance du règlement intéreiur, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

Fait à
Le

Signature

Fiche sanitaire de l'enfant

Identité de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Renseignements sanitaires

Nom du médecin de l'enfant :

Téléphone :

Vaccinations : JOINDRE **OBLIGATOIREMENT** LES COPIES DES PAGES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTÉ

Maladies contractées : ☐ Rubéole ☐ Oreillons ☐ Rougeole ☐ Varicelle ☐ Scarlatine

Observations particulières *(traitement médical, régime alimentaire, allergies, appareil dentaire, lunettes, etc.)*:

Renseignements sur les allergies

L'enfant suit-il un traitement particulier ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui lequel ?

Si oui joindre une ORDONNANCE RÉCENTE et les MÉDICAMENTS CORRESPONDANTS (boites de médicament dans leur emballage d'origine maquées au nom de l'enfant avec la notice) - AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ SANS ORDONNANCE.

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme	☐ Oui	☐ Non
Alimentaires	☐ Oui	☐ Non
Médicamenteuses	☐ Oui	☐ Non

Autres

Votre enfant porte-t-il ?

des lunettes	☐ Oui	☐ Non
des lentilles	☐ Oui	☐ Non
des prothèses dentaires	☐ Oui	☐ Non

Autres

Autorisation d'hospitalisation

J'autorise la Communauté dez Communes du Pays de Stenay et du Val Dunois *(par le biais des encadrants)*, sous la reponsabilité du Président de la Communauté de Communes du Pays de Stenay et du al Dunois, à prendre, le cas échéant, toutes les dispositions nécessaires *(traitement médical, hospitalisation, intervenion chirurgicale, etc.)* et à faire hospitaliser mon enfant dans l'établissement hospitalier le plus proche, rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à

Le

Signature

Accueil Périscolaire

2023-2024

Informations sur l'enfant :

Nom :
Prénom :
Classe *(rentrée 2022)* :
Ecole fréquentée :

L'Accueil Périscolaire est ouvert en période scolaire uniquement.

Mon enfant participera à l'Accueil Périscolaire :

☐ Toute l'année ☐ Occasionnellement

Merci de bien vouloir cocher les cases correspondant à vos prévisions

	Matin	Soir
Lundi	☐ régulièrement ☐ occasionnellement	☐ régulièrement ☐ occasionnellement
Mardi	☐ régulièrement ☐ occasionnellement	☐ régulièrement ☐ occasionnellement
Jeudi	☐ régulièrement ☐ occasionnellement	☐ régulièrement ☐ occasionnellement
Vendredi	☐ régulièrement ☐ occasionnellement	☐ régulièrement ☐ occasionnellement

Informations de facturation :

Lien avec l'enfant :
Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal, Commune :
Téléphone fixe et/ou portable

Cantine

2023-2024

Informations sur l'enfant :

Nom :
Prénom :
Classe *(rentrée 2022)* :
Ecole fréquentée :

LA CANTINE EST OUVERTE LES LUNDIS, MARDIS, JEUDIS ET VENDREDIS EN PÉRIODE SCOLAIRE.

☐ J'inscris mon enfant à la cantine EN RÉGULIER, l'année entière tous les jours. *(Votre enfant mangera tous les jours.)*

☐ J'inscris mon enfant à la cantine EN OCCASIONNELLE, certains jours de la semaine. *(Par exemple votre enfant mangera tous les lundis et les jeudis.)*

PRÉCISEZ LE (OU LES) JOUR(S) :

☐ Tous les lundis ☐ Tous les mardis ☐ Tous les jeudis ☐ Tous les vendredis

☐ J'inscris mon enfant à la cantine PONTCTUELLEMENT. *(Par exemple votre enfant mangera certains jours de temps en temps.)*

MERCI DE CONTACTER LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES À CHAQUE FOIS QUE VOTRE ENFANT MANGERA.

Pour les autres cas, merci de contacter directement la Communauté de Communes du Pays de Stenay et du Val Dunois

INFORMATIONS DE FACTURATION :

Lien avec l'enfant :
Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal, Commune :
Téléphone fixe et/ou portable