

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION



FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Date de Remise du Dossier :
...../...../.....

Classe :

Club Ados

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... à Garçon Fille

CAF n° MSA n° AUTRE :

	PÈRE / TUTEUR	MÈRE / TUTEUR
Responsable légal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation parentale	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve	
Nom		
Prénom		
Adresse(s)		
	Domicile	
	Portable	
	Travail	
	E-mail (Lettres Majuscules)	
N° Sécurité Sociale		
Profession		
Employeur		
Espace Famille en Ligne	<input type="checkbox"/> Accès Commun Père/Mère <input type="checkbox"/> Accès Différenciés Père/Mère	

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT (autres que les parents)

Nom - Prénom	Numéro de téléphone

AUTORISATIONS (Détails au verso)

L'enfant peut-il rentrer seul à son domicile (à partir de 8 ans)		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Droit à l'image		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Attestation d'Aisance Aquatique		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Application de crème solaire (pas d'allergie reconnue)		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Utilisation de l'adresse mail		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Consultation des ressources CAF		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

INFORMATIONS SANITAIRES PRINCIPALES

Projet d'Accueil Individualisé (joindre une copie du PAI)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Problème(s) de santé :	
.....	

DÉTAIL DES AUTORISATIONS

❖ DROIT À L'IMAGE

Prise de photographie et de vidéos représentant votre enfant.
Diffusion et publication possibles de ces photographies et vidéos sur le site internet communautaire www.montfort-sur-argens.fr et dans des articles de presse, supports de communication (affiches, blog, ...) et d'informations relatifs à la promotion des activités.

Conformément à la loi, le libre accès aux photos et vidéos qui vous concernent est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait des photos ou vidéos si vous le jugez utile.

❖ UTILISATION DE L'ADRESSE E-MAIL

J'accepte que la Mairie de Montfort-Sur-Argens m'envoie des informations aux adresses e-mail mentionnées dans ce dossier, et déclare être pleinement informé(e) par ce biais.

❖ CONSULTATION DES RESSOURCES

Pour faciliter vos démarches, la Mairie de Montfort-Sur-Argens, par convention avec la CAF du Var, a la possibilité de consulter les ressources des allocataires afin de déterminer le tarif applicable à vos enfants pour les Centres de Loisirs Périscolaires (Mercredi) et Extrascolaires (Vacances Scolaires). Cette consultation est tenue au secret professionnel, et sera réalisée uniquement par des agents autorisés.

Attention : Les parents qui ne donneront pas leur accord, et qui ne fourniraient pas non plus les justificatifs de leurs revenus, se verront appliquer le tarif maximum.

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(é)

Responsable légal de

- Certifie exacts tous les renseignements fournis.
- Certifie avoir pris connaissance du Règlement Intérieur des Temps Périscolaires et Extrascolaires.
- Accepte de me conformer à ce dernier et de supporter les sanctions prévues en cas de non-respect.
- Certifie avoir pris connaissance des règlements ci-dessus concernant le droit à l'image, l'utilisation de l'adresse mail et la consultation des ressources.
- Autorise mon enfant à pratiquer les activités proposées (déplacements en bus, à pied, à vélo, baignades surveillées, visites, ...) et m'engage, dans le cas contraire, à prévenir la Direction.
- Autorise les organisateurs à prendre, en cas d'urgence médicale, toutes les mesures nécessaires.
- M'engage à signaler tout changement de situation, et à communiquer en début d'année scolaire au service concerné toutes les pièces à renouveler.

A Montfort sur Argens le / /

Pour servir et valoir ce que de droit.

Signature des responsables légaux de l'enfant :



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / / à

Garçon

Fille

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Complémentaire santé (mutuelle) : Oui (Joindre photocopie mutuelle) Non

Coordonnées du médecin traitant (Nom, Prénom, Téléphone) :

A-t-il déjà eu les maladies suivantes (cochez les cases) :

Rubéole	<input type="checkbox"/>	Varicelle	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	Otites	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>

Vaccinations à jour de l'enfant (Art L3111-2 du Code de la Santé Publique)

Vaccins Obligatoires Pour tous les Enfants	OUI		NON		Dates Rappels	Vaccins Non Obligatoires Sauf pour les enfants nés après le 01/01/2018	OUI		NON		Dates Rappels
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		l'Haemophilus influenzae de type B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Méningocoque c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui (Nous transmettre une copie du PAI + Traitements) Non

DIFFICULTÉS DE SANTÉ

DIFFICULTÉS DE SANTÉ	PRÉCAUTIONS À PRENDRE

AUTRES RENSEIGNEMENTS

.....

.....

.....

.....

.....

DOCUMENTS A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION

Le « Dossier Unique d'Inscription » est obligatoire pour participer aux :

- Temps Péricolaires : Restauration Scolaire - Accueil Péricolaire - ALSH du Mercredi - Club Adolescents
- Temps Extrascolaires : Centre de Loisirs, Séjours de vacances (selon programmation), Sortie du « Club Adolescents »

Le « Dossier Unique d'Inscription » n'est plus à renouveler chaque année.

Certaines pièces seront demandées chaque début d'année scolaire. Merci de les déposer en mairie ou de les envoyer par mail à dirjeunesse@montfortsurargens.fr.

Tous les paiements par chèque se font à l'ordre de « régie Activités péricolaires et loisirs ».

<u>PREMIÈRE INSCRIPTION</u>	<u>RENOUVELLEMENT</u>
Fiche de Renseignements (page 1) <u>dûment complétée</u>	Uniquement en cas de changement de situation (mariage, séparation, décès, autre ...)
Fiche Autorisations Parentales (page 2) <u>dûment complétée et signée</u>	
Fiche sanitaire de liaison (page 3) <u>dûment complétée</u>	
Photocopie de la carte de Sécurité Sociale sur laquelle apparaît l'enfant ou « Attestation de Droits »	
Le numéro d'allocataire CAF valide ou, le cas échéant, les 2 derniers avis d'imposition (année N-1 et N-2)	
Attestation d' « Assurance Responsabilité Civile » et/ou « Individuelle Accident » <u>pour l'année en cours</u>	<u>Au début de chaque année scolaire.</u> (en mairie ou par mail uniquement)
Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé, avec vaccinations à jour	À nous communiquer <u>systématiquement</u> après chaque vaccin ou rappel.

<u>Optionnel Centre de Loisirs</u> : Attestation d'Aisance Aquatique	À nous transmettre si nécessaire.
<u>Optionnel</u> : Adhésion au « Club Ados » 15€/an/enfant (commune) ; 30€ (hors commune), accessible dès la 6 ^{ème} .	À nous transmettre au moment de l'inscription

Ecole Primaire Publique « Octave Vigne »

Directrice : Madame VINCENT
Tel : 04 94 78 31 18
Mail : ecole.montfort-sur-argens@orange.fr



Mairie de Montfort-Sur-Argens Service « Loisirs, Animation, Jeunesse »

Direction : Madame Delphine BLANC
Tel : 04 94 37 22 94
Mail : dirjeunesse@montfortsurargens.fr

Accueil Péricolaire
Tel : 06 69 26 42 32

Inscriptions/Communication familles
Tel : 04 94 37 22 95
Mail : jeunesse@montfortsurargens.fr

Restaurant Scolaire
Tel : 04 94 72 20 49

Site Internet
www.montfort-sur-argens.fr