



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS UNIQUE INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE (ALAE) ET A LA RESTAURATION

## L'ENFANT

NOM ..... PRENOM.....  
Date de naissance ..... CLASSE .....

Adresse .....

Ecole fréquentée année scolaire 2020/2021 : Maternelle  élémentaire

Choix concernés par le dossier d'inscription (cocher la ou les cases correspondante(s)) :

- Restauration scolaire
- Accueil périscolaire (ALAE)
- Garderie du lundi, mardi, jeudi et vendredi (12h00-12h15)

Choix du type de repas (cocher la case correspondante) :

Repas standard <input type="checkbox"/>	Repas standard « sans porc » <input type="checkbox"/>	Repas « sans viande » <input type="checkbox"/>
---	---	--

**INSCRIPTION MENSUELLE** : elle concerne les enfants désirant manger régulièrement toutes les semaines, un deux, trois, quatre ou cinq jours/semaine.

**INSCRIPTION OCCASIONNELLE** : pour des repas à commander jusqu'à 24 heures à l'avance (dernier délai la veille avant 9h00, les jours ouvrables du service cantine à savoir : lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi - hors jours fériés).

Choix de l'option pour l'inscription de l'enfant à l'ALAE (cocher la case correspondante) :

- OPTION 1** (occasionnelle à la journée - article 4.1.1 du règlement ALAE)
- OPTION 2** (à l'année - article 4.1.1 du règlement ALAE)
- OPTION 3** (à l'année uniquement pour la tranche horaire 12h00-12h15 - article 4.1.1 du règlement ALAE)

## RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Si parents séparés ou divorcés, ou autre responsable, fournir la photocopie du jugement indiquant les modalités de l'exercice de l'autorité parentale.

RESPONSABLE LEGAL 1		RESPONSABLE LEGAL 2	
Vous êtes le/la : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> autre		Vous êtes le/la : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> autre	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Date & lieu de naissance		Date & lieu de naissance	
Tél. portable		Tél. portable	
Tél. fixe		Tél. fixe	
Email		Email	
Adresse		Adresse	

**A RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 16 JUILLET 2021**

Profession	
Employeur	
Tél. professionnel	

Profession	
Employeur	
Tél. professionnel	

Participation de l'employeur aux frais de garderie (fournir un justificatif indiquant les modalités)

### AUTORISATION DE SORTIE POUR LE RETOUR AU DOMICILE

Attention : dans le cas indiqué ci-dessous, si vous répondez oui, vous dégagez la mairie et le personnel de l'accueil périscolaire de toute responsabilité, une fois que l'enfant est sorti de l'établissement.

(\*) cocher la case choisie

- Autorise mon enfant à quitter seul l'accueil, en fin d'activité, pour se rendre à son domicile (uniquement pour les enfants âgés de 10 ans et plus & ceux en classe de CM2) <b>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></b>
---

### OU DESIGNATION DE PERSONNES HABILITEES MAJEURES

- Autorise mon enfant à quitter l'école sous réserve d'être accompagné d'une personne majeure que j'ai expressément autorisée :
---

*Dans ce cas, j'indique ci-dessous les personnes habilitées à prendre en charge mon enfant à la sortie du périscolaire. L'enfant sera remis à la personne majeure désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité. Il est vivement conseillé de prévenir les responsables périscolaires par téléphone en cas d'imprévu.*

Nom et prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

#### C.A.F (Caisse d'Allocations Familiales)

NOM de l'allocataire CAF:	N° d'allocataire CAF :
---------------------------	------------------------

La mairie de Verniolle et la C.A.F de l'Ariège ont signé une convention de service pour la consultation de certaines données enregistrées dans la base allocataire propriété de la CAF (base ressources annuelles, montant du quotient familial national...), par l'intermédiaire du service télématique sécurisé dénommé « Mon espace partenaire ».

Autorisez-vous la mairie à consulter les données de votre dossier allocataire Caf ? <b>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></b>
---

**Si « Non » ou pas de numéro d'allocataire : veuillez fournir votre dernier avis d'imposition** afin de bénéficier du tarif correspondant à vos revenus et à votre situation familiale et compléter la rubrique suivante :

NOM de l'allocataire MSA :	N° d'allocataire Autre :
----------------------------	--------------------------

## COMPOSITION DU FOYER FISCAL

	Responsable de l'enfant Nom, prénom	Conjoint, concubin, Nom, prénom
<b>Prestations familiales</b>	Montant mensuel perçu :	Montant mensuel perçu :

Nombre d'enfants à charge : .....

	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant
<b>Nom</b>			
<b>Prénom</b>			
<b>Sexe</b>	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
<b>Date de naissance</b>			
<b>Ecole fréquentée</b>			

Si plus de 3 enfants relevant du foyer fiscal, reproduisez le tableau ci-dessus et annexez-le après l'avoir complété.

## MODE DE REGLEMENT

Etes-vous intéressé par le prélèvement automatique ?  
OUI  NON

**SI OUI, fournir un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement (ci-joint annexée).**  
Un contrat sera conclu entre la commune et le débiteur.

## ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE

(Qui couvre l'enfant pour les activités scolaires et extra-scolaires)

Nom de la compagnie d'assurance et adresse : .....

N° du contrat : .....(fournir impérativement une copie de l'attestation d'assurance)

## DROIT A L'IMAGE

**AUTORISE** gracieusement la publication d'images et vidéos de mon enfant dans la presse locale et nationale et sur les supports de communication de la Mairie (journal municipal, site Internet et facebook de la Ville, films, affiches, expositions...). La ville s'engage à ne pas en faire d'usage commercial.

**N'AUTORISE PAS** la publication d'images et vidéos de mon enfant.

## ENGAGEMENT OBLIGATOIRE

Je soussigné-e,..... certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur la présente demande et sur la fiche sanitaire de mon enfant. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'A.L.A.E et du restaurant scolaire et l'accepte sans réserve.

J'autorise mon enfant à participer aux activités prévues par l'ALAE

J'autorise la Directrice ou son adjoint à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Conformément aux dispositions de la loi 78-17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le bénéficiaire est informé qu'il dispose d'un droit d'accès et de rectification qu'il peut exercer, pour les informations le concernant, auprès de la mairie de Verniolle ci-dessus désignée.

DATE :

Signature du (des) responsable(s) de l'enfant :

**A RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 16 JUILLET 2021**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES DURANT LA PERIODE SCOLAIRE

**MERCI DE FOURNIR LA COPIE DU CARNET DE SANTE DE VOTRE ENFANT**

## L'ENFANT

Nom :	Prénom :
GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	Date de naissance :

## VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES			DATES
Du DT polio	.....			__/__/__
Du DT coq	.....			__/__/__
Du Tétracoq	.....			__/__/__
D'une prise polio RAPPELS	.....			__/__/__
ANTITUBERCULEUSE (BCG)	DATES	ANTIVARIOLIQUE	DATES	AUTRES VACCINS
1er VACCIN	__/__/__	VACCIN	__/__/__	__/__/__
REVACCINATION	__/__/__	1er RAPPEL	__/__/__	__/__/__

Si l'enfant n'a pas de vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de non-contre-indication à la vie en collectivité, et réaliser la vaccination manquante dans un délai de 3 mois.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui

## RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes de vue	Des prothèses dentaires	Des prothèses auditives
---------------------	-------------------------	-------------------------

Votre enfant a-t-il une allergie ?

.....

SI VOTRE ENFANT :

- présente des allergies (alimentaires, médicamenteuses, asthme, etc...)
- bénéficie actuellement d'un PAI (protocole d'accueil individualisé)

**VOUS DEVEZ IMPERATIVEMENT prendre contact avec la Directrice de l'ALAE.**

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, (nom et prénom) .....

Responsable légal de l'enfant (nom et prénom) : .....

- Déclare exacts les renseignements portés ci-dessus et autorise le responsable du périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant
- M'engage à payer ou rembourser les frais médicaux, d'hospitalisation et divers, incombant à la famille

Date :

Signature :

**A RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 16 JUILLET 2021**