

**DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE**  
ANNÉE SCOLAIRE 2017-2018

PHOTO  
D'IDENTITÉ

À REMETTRE AU SERVICE DES AFFAIRES SCOLAIRE  
3 RUE DE L'HÔTEL DE VILLE – 85 440 TALMONT SAINT HILAIRE

**Pièces à joindre obligatoirement au dossier :**

Copie de la carte d'identité des représentants légaux	Attestation d'assurance de l'année en cours
Copie intégrale du livret de famille	Fiche sanitaire
Justificatif de domicile -3 mois	Copie du vaccin DTP
Certificat de radiation	Jugement ou ordonnance mentionnant l'état de la garde de l'enfant
Mandat de prélèvement SEPA (joindre un RIB)	

**ENFANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Établissement : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
 PAYRÉ

ÉMILIE CHARRIER

SAINT PIERRE

NDAME DE BOURGENAY

**FOYER**

Situation familiale :

Célibataire  Vie maritale  Divorcée  Garde alternée   
 Mariée  Séparée  Veuf

Responsable légal 1 :

Père  Mère  Autre : \_\_\_\_\_  
 Nom Prénom \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tél domicile : \_\_\_\_\_  
 Tél portable : \_\_\_\_\_  
 E mail : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_  
 Employeur, lieu d'activité : \_\_\_\_\_  
 Tél pro : \_\_\_\_\_  
 Régime allocataire : CAF  MSA   
 N° allocataire (ou joindre attestation) : \_\_\_\_\_

Responsable légal 2 :

Père  Mère  Autre : \_\_\_\_\_  
 Nom Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tél domicile : \_\_\_\_\_  
 Tél portable : \_\_\_\_\_  
 E mail : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_  
 Employeur, lieu d'activité : \_\_\_\_\_  
 Tél pro : \_\_\_\_\_  
 Régime allocataire : CAF  MSA   
 N° allocataire (ou joindre attestation) : \_\_\_\_\_

**AUTORISATIONS**

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_, responsable légale de l'enfant \_\_\_\_\_ autorise les personnes majeures nommées ci-dessous à être habilitées à prendre l'enfant (pièce d'identité obligatoire).

Nom – Prénom	Lien avec l'enfant	Tél domicile	Tél portable

URGENCE MÉDICALE :

J'autorise les responsables des activités à prendre les mesures nécessaires d'urgence concernant l'état de santé de mon enfant : OUI  NON

Médecin traitant :

Tél médecin :

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise la ville à utiliser l'image de mon enfant sur support photographie ou informatique : OUI  NON

AUTORISATION CDAP :

J'autorise les services de la ville à consulter mon quotient familial sur CDAP afin de pouvoir bénéficier des tarifs correspondants : OUI  NON

**INSCRIPTIONS**

RESTAURANT SCOLAIRE : (02.51.90.64.26)

Pour les réservations à l'année, veuillez cocher les jours de fréquentation de votre enfant :

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Les réservations occasionnelles peuvent se faire via le portail famille ou auprès du restaurant scolaire.

ACCUEIL DE LOISIRS/PÉRISCOLAIRE/TAP : (02.51.21.07.12)

Vous devrez réserver les jours ou période de fréquentation via le portail famille ou auprès de l'ALSH.

ACCOMPAGNEMENT AUX LEÇONS : (02.51.21.07.12) à partir du CE1

Je souhaite inscrire mon enfant :

École du Payré :

Lundi  Jeudi  de 17H à 18H

École NDBourgenay ou ST Pierre :

Mardi  Jeudi  de 17H à 18H

TRANSPORT SCOLAIRE : (02.51.90.69.01)

Si vous souhaitez des informations sur le service de transport scolaire, veuillez contacter le service des affaires scolaire.

Je soussignée, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et **atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs** sur le site de la ville : [www.talmont-saint-hilaire.fr](http://www.talmont-saint-hilaire.fr)

Date et signature des deux représentants légaux :



# 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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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)**

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

## 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

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

