



Ville de Méze

FICHE D'INSCRIPTION 1/4 SCOLARITE, RESTAURATION, ALP, ALSH

(En cas de séparation des parents et de règlement des prestations séparément, établir une fiche pour chaque parent)

Date d'inscription : Année Scolaire : /.....

FICHE FAMILLE

Composition du foyer : personnes habitant avec l'enfant

<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> autre (précisez).....	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> autre (précisez).....
Nom :	Nom :	Nom :	Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :	Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse complète.....	Adresse complète (si différente du représentant légal)	Adresse complète.....	Adresse complète (si différente du représentant légal)	Adresse complète.....	Adresse complète (si différente du représentant légal)
.....
C.P. : Ville	C.P. : Ville	C.P. : Ville	C.P. : Ville	C.P. : Ville	C.P. : Ville
Tel domicile :	Tel domicile :	Tel domicile :	Tel domicile :	Tel domicile :	Tel domicile :
Tel portable :	Tel portable :	Tel portable :	Tel portable :	Tel portable :	Tel portable :
Situation professionnelle :	Situation professionnelle :	Situation professionnelle :	Situation professionnelle :	Situation professionnelle :	Situation professionnelle :
Tel travail :	Tel travail :	Tel travail :	Tel travail :	Tel travail :	Tel travail :
Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :
.....
.....
.....
<input type="checkbox"/> mail* :	<input type="checkbox"/> mail* :	<input type="checkbox"/> mail* :	<input type="checkbox"/> mail* :	<input type="checkbox"/> mail* :	<input type="checkbox"/> mail* :

*Indiquez sur quel mail vous voulez la création du compte famille (le compte famille vous permettra de réserver/modifier les séjours des ALP, ALSH et les cantines, ainsi que d'effectuer les règlements.)

SITUATION FAMILIALE DU FOYER

Marié(s) Célibataire Divorcé(s) Pacsé(s) Séparé(s) Vie maritale Veuf(ve)

NOMBRE D'ENFANT(S) DU FOYER

dans la famille dont enfant(s) à charge

Régime allocataire : CAF de l'Hérault MSA autre :

Numéro d'allocataire :

Médecin de famille : Tél. :

Si vous optez pour le règlement de vos factures par prélèvement automatique, vous devez remplir une autorisation de prélèvement au **GUICHET UNIQUE** . Merci de cocher cette case



Ville de Méze

FICHE D'INSCRIPTION 2/4 SCOLARITE, RESTAURATION, ALP, ALSH

FICHE ENFANT

(remplir une fiche par enfant à remplir)

INSCRIPTION

 SCOLAIRE RESTAURATION ALP ALSH

L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance/...../..... Age : Classe : Fille Garçon

Père / mère n'habitant pas avec l'enfant (le cas échéant)

Nom : Prénom :

Adresse : Tel :

Autorité parentale : oui non Garde alternée des enfants : oui non

Cochez dans les tableaux ci-dessous, les créneaux de présence de votre enfant à l'ALP et/ou à la cantine :

RESTAURATION				
Votre enfant fréquentera la cantine scolaire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Si oui, choix du REPAS : <input type="checkbox"/> classique <input type="checkbox"/> alternatif <input type="checkbox"/> allergie (Selon protocole et restriction du PAI obligatoire)				
Allergie alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Protocole d'Aide Individualisé (PAI)* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non > modalités en ANNEXE 4				
Prendra ses repas les jours suivants :				
<input type="checkbox"/> lundi	<input type="checkbox"/> mardi	<input type="checkbox"/> jeudi	<input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> occasionnel
(en cas de séparation des parents, précisez : semaine paire <input type="checkbox"/> ou impaire <input type="checkbox"/>				
ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRE (ALP)				
Votre enfant fréquentera l'ALP : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Matin	<input type="checkbox"/> lundi	<input type="checkbox"/> mardi	<input type="checkbox"/> jeudi	<input type="checkbox"/> vendredi
Midi	<input type="checkbox"/> votre enfant mange au restaurant scolaire, l'ALP est prévu. <input type="checkbox"/> votre enfant ne mange pas au restaurant scolaire et fréquentera l'ALP : (cochez ci-dessous les créneaux demandés)			
11h45-12h15 pour les maternelles	<input type="checkbox"/> lundi	<input type="checkbox"/> mardi	<input type="checkbox"/> jeudi	<input type="checkbox"/> vendredi
12h-12h30 pour les élémentaires	<input type="checkbox"/> lundi	<input type="checkbox"/> mardi	<input type="checkbox"/> jeudi	<input type="checkbox"/> vendredi
13h15-13h45 pour les maternelles	<input type="checkbox"/> lundi	<input type="checkbox"/> mardi	<input type="checkbox"/> jeudi	<input type="checkbox"/> vendredi
13h30-14h pour les élémentaires	<input type="checkbox"/> lundi	<input type="checkbox"/> mardi	<input type="checkbox"/> jeudi	<input type="checkbox"/> vendredi
Soir	<input type="checkbox"/> lundi	<input type="checkbox"/> mardi	<input type="checkbox"/> jeudi	<input type="checkbox"/> vendredi
(en cas de séparation des parents, précisez : semaine paire <input type="checkbox"/> ou impaire <input type="checkbox"/>				

Pour les réservations des ALSH, les mercredis et les vacances scolaires, retrouvez les plannings et dates de réservations sur > www.ville-meze.fr/centres-loisirs



Ville de Mèze

FICHE D'INSCRIPTION 3/4 SCOLARITE, RESTAURATION, ALP, ALSH

AUTORISATION PARENTALE

- J'autorise mon enfant à quitter l'Accueil de Loisirs seul à la fermeture de l'Accueil de Loisirs
- Je m'engage à venir chercher mon enfant moi-même
- J'autorise mon enfant à quitter l'Accueil de Loisirs accompagné des personnes suivantes :

Nom et Prénom

N° de téléphone

Lien avec l'enfant :

Nom et Prénom

N° de téléphone

Lien avec l'enfant :

Nom et Prénom

N° de téléphone

Lien avec l'enfant :

Je soussigné(e),

Nom : Prénom : Responsable légal)

- ✓ atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier, déclare y souscrire entièrement et autorise mon enfant à participer aux activités prévues dans le cadre de l'Accueil Collectif de Mineur,
- ✓ accepte le règlement intérieur en vigueur de chaque activité,
- ✓ m'engage à informer par mail le Guichet Unique de toute modification relative à mes coordonnées ou à l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année,
- ✓ reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur, en acceptant les modalités, en ligne sur le site de la Ville de Mèze et sur l'Environnement Numérique de Travail (ENT),
- ✓ atteste avoir transmis l'assurance scolaire et extrascolaire de mon enfant au groupe scolaire,
- ✓ autorise l'enfant à participer aux baignades,
- ✓ atteste que je suis informé(e) que des déplacements pourront se faire dans le cadre des activités,
- ✓ autorise l'enfant à utiliser les transports en commun,
- ✓ autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et m'engage, s'il y a lieu, à rembourser les frais médicaux occasionnés en cas d'intervention du médecin,
- ✓ autorise la Ville de Mèze et ses partenaires éducatifs à publier sur leur support d'information des photographies ou des vidéos réalisées lors de ces temps d'accueil et dans lesquelles mon enfant pourra apparaître.
- ✓ accepte les conditions concernant l'utilisation de mes données personnelles détaillées en [page 16](#)

Dans le(s) cas contraire(s), je m'engage à joindre à ce dossier une attestation écrite, datée et signée, précisant mon refus.

Mèze, le/...../.....

Signature



Ville de Mèze

FICHE D'INSCRIPTION 4/4 SCOLARITE, RESTAURATION, ALP, ALSH

ACTIVITÉ	PIÈCES À FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION
SCOLARITE	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La fiche sanitaire de liaison jointe et une photocopie des vaccinations (carnet de santé) <input type="checkbox"/> Le livret de famille (avec en cas de séparation des parents, copie du jugement définissant le responsable légal de l'enfant) <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile de moins de trois mois <p style="margin-top: 10px;">Lors de l'inscription dans les écoles, il sera demandé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le certificat de préinscription <input type="checkbox"/> Le livret de famille (avec en cas de séparation des parents, copie du jugement définissant le responsable légal de l'enfant) <input type="checkbox"/> Le carnet de santé attestant des vaccinations obligatoires <input type="checkbox"/> Le certificat de radiation délivré par l'ancienne école (en cas de changement d'école)
RESTAURATION	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile (scolaire / extra scolaire) <input type="checkbox"/> Le livret de famille (avec en cas de séparation des parents, copie du jugement définissant le responsable légal de l'enfant) <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile de moins de trois mois <input type="checkbox"/> R.I.B. (pour la mise en place du prélèvement automatique) <input type="checkbox"/> Le choix des jours de présences et la formule du repas choisie (pour les enfants fréquentant la cantine scolaire) <input type="checkbox"/> Le règlement des repas du premier mois <input type="checkbox"/> Le dossier du Projet d'Accueil Individualisé P.A.I. en cas d'allergie
ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRES (ALP)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La fiche sanitaire de liaison jointe et une photocopie des vaccinations (carnet de santé) <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile (scolaire / extra scolaire) <input type="checkbox"/> Le livret de famille (avec en cas de séparation des parents, copie du jugement définissant le responsable légal de l'enfant) <input type="checkbox"/> R.I.B. (pour la mise en place du prélèvement automatique) <input type="checkbox"/> Le choix des jours de présence
ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT (ALSH)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Photo d'identité <input type="checkbox"/> La fiche sanitaire de liaison jointe et une photocopie des vaccinations (carnet de santé) <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile (scolaire / extra scolaire) <input type="checkbox"/> Les 2 derniers avis d'imposition <input type="checkbox"/> Pour les enfants de 3 à 5 ans un certificat médical qui atteste l'aptitude à la vie en collectivité <input type="checkbox"/> Le livret de famille (avec en cas de séparation des parents, copie du jugement définissant le responsable légal de l'enfant) <input type="checkbox"/> R.I.B. (pour la mise en place du prélèvement automatique) <input type="checkbox"/> Le choix des jours de présence

Les pièces sont à fournir en photocopie et en un seul exemplaire selon l'activité souhaitée.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 1/2

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2/2

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
