

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT POUR TOUTE INSCRIPTION

DOCUMENTS A REMETTRE A L'INTENTION DU SERVICE DES FINANCES DE LA MAIRIE DE CHARTRETTES

- L'avis d'imposition sur les revenus de l'année 2021 document de 4 pages avec les salaires de 2020 à remettre au plus tard le 30 septembre de l'année en cours (attention en l'absence vous serez tarifés au quotient plus élevé)

DOCUMENTS A REMETTRE AU CENTRE DE LOISIRS :

- Le dossier d'inscription dûment complété
- Une copie de l'attestation d'assurance scolaire, périscolaire et extra-scolaire
- La fiche sanitaire (ci-jointe) dûment remplie avec une copie du carnet des vaccinations de l'enfant
- Un justificatif de l'autorité parentale (copie du livret de famille : pages des parents et de l'enfant concerné ou copie intégrale de l'acte de naissance)
- *Si vous êtes séparés ou divorcés une copie du jugement de divorce ou une ordonnance de séparation mentionnant les conditions d'exercice de l'autorité parentale (pages concernant l'autorité parentale, le droit de garde et d'hébergement)
- Une copie d'un justificatif de domicile de moins de trois mois (quittance de loyer, facture d'un fournisseur d'énergie, téléphone, etc.)
- En cas de troubles de la santé déclarés, une copie du Protocole d'Accueil individualisé (PAI) mis en place avec l'école

ATTENTION les documents indiqués en bleu si ont été déjà déposés lors de l'inscription scolaire, il n'est pas nécessaire de les fournir à nouveau.



DOSSIER D'INSCRIPTION 2021-2022

Centre de Loisirs et Restauration

Dépôt des dossiers au centre de loisirs

Avant le 16 avril 2021

Photo
d'identité de
l'enfant

Nom/Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Classe.....

Responsable légal 1

Qualité : Mère / Père / Autre

Nom

.....

Prénom

.....

Date de naissance :

Adresse

.....

.....

.....

Ville

Tél. fixe :

Tel mobile :

Adresse mail :

.....

Nom employeur

.....

Tél. travail :

Responsable légal 2

Qualité : Mère / Père / Autre

Nom

.....

Prénom

.....

Date de naissance :

Adresse

.....

.....

Ville

Tél. fixe :

Tel mobile :

Adresse mail :

.....

Nom employeur

.....

Tél. travail :

Situation familiale : Célibataire

Séparés/ divorcés* veuf (ves)

Mariés Vie Maritale

autres

FICHE SANITAIRE

NOM : PRENOM :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

VACCINATIONS Fournir également la copie des pages de vaccinations du carnet de santé.

Vaccins obligatoires : DT Polio : OUI NON Dates.../.../.....

Vaccins obligatoires supplémentaires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018 :

ROR OUI NON Date.....

Pneumocoque OUI NON Date

Coqueluche OUI NON Date.....

H. Influenza B OUI NON Date.....

Hépatite B : OUI NON Date.....

Méningocoque C OUI NON Date.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

<input type="checkbox"/> RUBEOLE	<input type="checkbox"/> SCARLATINE
<input type="checkbox"/> VARICELLE	<input type="checkbox"/> COQUELUCHE
<input type="checkbox"/> ANGINES	<input type="checkbox"/> OTITES
<input type="checkbox"/> RHUMATISMES	<input type="checkbox"/> ASTHME
<input type="checkbox"/> OREILLONS	<input type="checkbox"/> ROUGEOLE

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES (antécédents) :

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales ...)

..... / /

..... / /

..... / /

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT REGULIER ?

Non

SI OUI, LEQUEL ?

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...Précisez.

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

N° DE sécurité Sociale :/.....

TEL :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

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

P.A.I.

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé avec l'école ?

Oui Non

SI OUI UNE COPIE DOIT OBLIGATOIREMENT NOUS ETRE TRANSMISE.

Médecin traitant et numéro de téléphone :

.....
.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Je soussigné..... autorise l'équipe d'animation de l'accueil collectif de mineurs à prévenir en cas d'urgence les personnes majeures ci-après. Ces personnes devront être munies impérativement d'une pièce d'identité ou d'un passeport en cours de validité, si autorisées aussi à venir récupérer l'enfant.

Nom, prénom, qualité	Coordonnées

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à mettre à jour les rappels de vaccinations et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre en cas d'urgence toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant, à savoir: faire appel aux services d'urgences pour transport vers l'hôpital le plus proche.

A.....

DATE :

Signatures des responsables légaux

Facturation

Responsable légal 1

Responsable légal 2

Nom/Prénom : _____

Nom/Prénom : _____

De ou des enfants

Nom/Prénom : _____

Nom/Prénom : _____

Nom/Prénom : _____

1. Paiement :

Par chèque bancaire (à remettre à la Mairie de Chartrettes)

Par prélèvement mensuel

(Veuillez remplir la demande de prélèvement d'autorisation de prélèvement au dos + joindre RIB)

ATTENTION : vous pouvez également régler vos factures par carte bleu en Mairie ou en ligne directement via le portail familles

Paiement en ligne

Paiement CESU (aussi en ligne)

1. Facture par email :

a. Si vous souhaitez recevoir votre facture par

Email, veuillez préciser votre adresse mail :

.....@.....

Courrier, veuillez préciser :

Nom et prénom de la personne à facturer : _____

Adresse de facturation : _____

2. N . D'allocataire CAF :

