



Commune de NEUVE-CHAPELLE

Rue du Bois

Tél. 03.21.26.08.84 Fax. 03.21.66.62.08

mairieneuvechapelle@orange.fr



A compléter par l'administration

Dossier réceptionné le

Enregistré par :

**DOSSIER D'INSCRIPTION
ECOLE/CANTINE/ GARDERIE**



Depuis Septembre 2021, la commune de Neuve-Chapelle a mis en place un système de réservation en ligne pour les Cantines/Garderies.

Le dossier de renseignements est nécessaire à la prise en charge de votre enfant lors des temps périscolaires (restaurant scolaire et garderie). Il vous est donc demandé de le compléter et de le **retourner en mairie**.

* ☐ cocher la case concernée.

PREMIER ENFANT

Nom/Prénom

Date de naissance

* ☐ Fille ☐ Garçon

Classe qui sera fréquentée à la rentrée de septembre :

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Toute Petite section | ☐ Petite section | ☐ Moyenne section | ☐ Grande section |
| ☐ CP | ☐ CE1 | ☐ CE2 | ☐ CM1 |
| ☐ CM2 | | | |

fréquentera

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| ☐ | le Restaurant scolaire |
| ☐ | la Garderie du matin |
| ☐ | la Garderie du soir |

DEUXIEME ENFANT

Nom/Prénom.....

Date de naissance..... ☐ Fille ☐ Garçon

Classe qui sera fréquentée à la rentrée de septembre :

☐ Toute Petite section ☐ Petite section ☐ Moyenne section ☐ Grande section

☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2

fréquentera

- ☐ le Restaurant scolaire
- ☐ la Garderie du matin
- ☐ la Garderie du soir

TROISIEME ENFANT

Nom/Prénom.....

Date de naissance..... ☐ Fille ☐ Garçon

Classe qui sera fréquentée à la rentrée de septembre :

☐ Toute Petite section ☐ Petite section ☐ Moyenne section ☐ Grande section

☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2

fréquentera

- ☐ le Restaurant scolaire
- ☐ la Garderie du matin
- ☐ la Garderie du soir

REPRESENTANT LEGAL 1

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Père | ☐ Mère |
| ☐ Marié(e) | ☐ Divorcée |
| ☐ Vie maritale | |

Autre (précisez) :

Adresse :

CP : Commune :

Profession :

Employeur :

Adresse :

CP : Commune :

Tél. domicile : ____/____/____/____/____

Tél. professionnel : ____/____/____/____/____ Tél

portable : ____/____/____/____/____

MAIL :

N° de sécurité sociale :

REPRESENTANT LEGAL 2

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Père | ☐ Mère |
| ☐ Marié(e) Vie | ☐ Divorcée |
| ☐ maritale | |

Autre (précisez) :

Adresse :

CP : Commune :

Profession :

Employeur :

Adresse :

CP : Commune :

Tél. domicile : ____/____/____/____/____

Tél. professionnel : ____/____/____/____/____ Tél

portable : ____/____/____/____/____

MAIL :

N° de sécurité sociale :

ESPACE FAMILLE

Afin de créer votre espace famille, merci de nous indiquer les informations suivantes :

Adresse Mail :@.....

Je soussigné(e),adhère à l'espace famille de la Commune de Neuve-Chapelle

Date et signature:

PREVENIR DE TOUS CHANGEMENTS DE SITUATION AU SECRETARIAT DE MAIRIE

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e), Nom/prénom :

Responsable légal de/des enfant(s):

Premier enfant :

Deuxième enfant :

Troisième enfant :

autorise les personnes mentionnées ci-dessous à venir chercher mon/mes enfant(s) à la fin des temps périscolaires.

Nom, Prénom : Qualité : (Frère, grand-mère, tante....)

Nom, Prénom : Qualité :

Nom, Prénom : Qualité :

Pour les enfants en élémentaire :

J'autorise mon/mes enfant(s) à sortir seul(s) après les temps périscolaires (16 h 45 ou 18 h 30):

Premier enfant : ☐ Oui ☐ Non

Deuxième enfant : ☐ Oui ☐ Non

Troisième enfant : ☐ Oui ☐ Non

Nous vous rappelons que la sortie de 16 heures 30 est sous la responsabilité de l'Education Nationale.

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), Nom/prénom :

responsable légal de/des enfant(s) :

Premier enfant :

Deuxième enfant :

Troisième enfant :

autorise les services de la commune à photographier ou filmer mon/mes enfant(s) dans le cadre des activités périscolaires afin d'illustrer des supports de communication et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ou films ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.

Date et signature :

ENGAGEMENT DU REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné(e), Nom/prénom :

responsable légal de/des enfant(s) :

Premier enfant :

Deuxième enfant :

Troisième enfant :

reconnais avoir pris connaissance du règlement périscolaire et m'engage à me conformer en tous points à ce règlement et m'engage à avertir le service de tout changement relatif aux renseignements contenus dans la présente fiche. Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des prises en charge par la commune.

Fait à, le

Le responsable légal (signature), faire précéder de la mention « lu et approuvé ».

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT POUR LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE ENFANT AU SEIN DES SERVICES PERISCOLAIRES

- Le dossier d'inscription périscolaire dûment complété
- Photocopie du livret de famille
- Une photocopie du carnet de vaccination de chaque enfant inscrit
- L'autorisation de prélèvement automatique dûment complétée et signée accompagnée d'un relevé d'identité bancaire (pour les personnes souhaitant s'inscrire au prélèvement automatique pour le paiement des factures).

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre/vos enfant(s) lorsqu'il est pris en charge en dehors du temps de classe. Elle suit votre enfant dans toutes ses activités. Elle sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les temps périscolaires.

PREMIER ENFANT :

1/ Vaccinations : obligatoire

Merci de bien vouloir transmettre une copie du carnet de vaccination de l'enfant

2/ Renseignements médicaux :

Allergie et problème de santé selon l'article L411-1CSP, le personnel communal n'est pas habilité à administrer quelques médicaments que ce soit, même sous couvert d'ordonnance.

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre le protocole d'accueil individualisé (PAI) et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant). **Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ce document.**

Allergies médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non Alimentaires ☐ Oui ☐ Non

Asthme ☐ Oui ☐ Non Autres ☐ Oui ☐ Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :
.....
.....

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :
.....
.....

3/Recommandations utiles

Préciser si l'enfant :

- | | |
|---------------------------------|---|
| ➤ porte des lunettes | ☐ Oui ☐ Non |
| ➤ porte des prothèses auditives | ☐ Oui ☐ Non |
| ➤ porte des prothèses dentaires | ☐ Oui ☐ Non |
| ➤ est hémophile | ☐ Oui ☐ Non |
| ➤ est épileptique | ☐ Oui ☐ Non |

DEUXIEME ENFANT :

1/ Vaccinations : obligatoire

Merci de bien vouloir transmettre une copie du carnet de vaccination de l'enfant

2/ Renseignements médicaux :

Allergie et problème de santé selon l'article L411-1CSP, le personnel communal n'est pas habilité à administrer quelques médicaments que ce soit, même sous couvert d'ordonnance.

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre le protocole d'accueil individualisé (PAI) et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant). **Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ce document.**

Allergies médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non Alimentaires ☐ Oui ☐ Non

Asthme ☐ Oui ☐ Non Autres ☐ Oui ☐ Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :

.....
.....
Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

3/Recommandations utiles

Préciser si l'enfant :

- | | |
|---------------------------------|---|
| ➤ porte des lunettes | ☐ Oui ☐ Non |
| ➤ porte des prothèses auditives | ☐ Oui ☐ Non |
| ➤ porte des prothèses dentaires | ☐ Oui ☐ Non |
| ➤ est hémophile | ☐ Oui ☐ Non |
| ➤ est épileptique | ☐ Oui ☐ Non |

TROISIEME ENFANT :

1/ Vaccinations : obligatoire

Merci de bien vouloir transmettre une copie du carnet de vaccination de l'enfant

2/ Renseignements médicaux :

Allergie et problème de santé selon l'article L411-1CSP, le personnel communal n'est pas habilité à administrer quelques médicaments que ce soit, même sous couvert d'ordonnance.

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre le protocole d'accueil individualisé (PAI) et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant). **Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ce document.**

Allergies médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non Alimentaires ☐ Oui ☐ Non

Asthme ☐ Oui ☐ Non Autres ☐ Oui ☐ Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :
.....
.....

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :
.....
.....

3/Recommandations utiles

Préciser si l'enfant :

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ➤ porte des lunettes | ☐ Oui | ☐ Non |
| ➤ porte des prothèses auditives | ☐ Oui | ☐ Non |
| ➤ porte des prothèses dentaires | ☐ Oui | ☐ Non |
| ➤ est hémophile | ☐ Oui | ☐ Non |
| ➤ est épileptique | ☐ Oui | ☐ Non |

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

(Les parents de l'enfant seront contactés en priorité)

Nom/prénom

Adresse.....

CP

Commune.....

Lien de parenté :

Tél. domicile.....Tél.professionnel.....

Tél.portable.....

MEDECIN TRAITANT / ORIENTATION HOSPITALIERE

Nom, prénom du médecin traitant :

Adresse.....

CP Commune.....

Tél.

Hôpital souhaité:.....

Je soussigné(e),

responsable légale de/des enfant(s)

Premier enfant :

Deuxième enfant :

Troisième enfant :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature (précédée de la mention lu et approuvé).



Commune de NEUVE-CHAPELLE

Rue du Bois

Tél. 03.21.26.08.84 Fax. 03.21.66.62.08

mairieneuvechapelle@orange.fr

AUTORISATION DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE POUR L'ANNEE SCOLAIRE

Je soussigné(e)

Adresse.....

CP Commune.....

Demande à bénéficier du paiement par prélèvement pour le restaurant scolaire ou/et la garderie.

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, les prélèvements ordonnés par la trésorerie de Laventie. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte.

Identification du compte (IBAN) à débiter :

--	--	--	--	--	--	--

(Joindre un RIB)

Date : Signature du titulaire du compte.