

FICHE FAMILLE

À retourner en Mairie par mail (direction-enfance@lagny-sur-marne.fr) ou par courrier **avant le 24/07/2017**

N'oubliez pas de **joindre les documents** indiqués en **page 5**

Formulaire à remplir en MAJUSCULES

RESPONSABLE LÉGAL 1 - RESPONSABLE DU DOSSIER*

* le père en cas de mariage/la mère en cas de vie maritale/le parent isolé, le tuteur ou le parent ayant la garde de l'enfant le cas échéant.

☐ PÈRE ☐ MÈRE ☐ TUTEUR LÉGAL

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

MAIL :

TÉL. FIXE : TÉL. PORTABLE :

PROFESSION : TEL. TRAVAIL :

NOM DE L'EMPLOYEUR : ☐

SITUATION FAMILIALE : ☐ célibataire ☐ vie maritale ☐ marié(e)/pacsé(e) ☐ séparé(e)/divorcé(e) ☐ veuf/veuve

RESPONSABLE LÉGAL 2

☐ PÈRE ☐ MÈRE ☐ TUTEUR LÉGAL

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉL. FIXE : TÉL. PORTABLE :

PROFESSION : TEL. TRAVAIL :

NOM DE L'EMPLOYEUR :

CONJOINT (si différent du responsable légal 2)

☐ BEAU-PÈRE ☐ BELLE-MÈRE

NOM : PRÉNOM :

TÉL. PORTABLE : TEL. TRAVAIL :

PROFESSION :

NOM DE L'EMPLOYEUR :

ENFANT(S) À INSCRIRE

NOM	PRÉNOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	ÉCOLE et CLASSE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

N° de sécurité sociale :

N° d'allocataire CAF : CAF du 77 ? ☐ OUI ☐ NON Département :

Pour fréquenter les activités pendant l'année scolaire 2017/2018, l'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle, qui pourra être demandée si nécessaire.

Nom de la compagnie :

N° de la police d'assurance :

FICHE INSCRIPTION

À retourner en Mairie par mail (direction-enfance@lagny-sur-marne.fr) ou par courrier **avant le 24/07/2017**
N'oubliez pas de **joindre les documents** indiqués en **page 5**

Formulaire à remplir en **MAJUSCULES**

Je soussigné(e)....., responsable légal de(s) enfant(s),

souhaite inscrire mon(mes) enfant(s) à(aux) activité(s) suivante(s) :

☐ CANTINE*, ACCUEIL(S)* matin/soir

* Activité(s) **facturée(s) à la présence** après **confirmation à l'école le matin**

• CENTRE DE LOISIRS le mercredi et pendant les vacances scolaires (**sur réservation uniquement**) **

Nouveau : planning de réservation journée complète ou 1/2 journée (matin + repas – départ 13h30)

** une fois le dossier famille à jour (**chaque année scolaire**), je **transmets le planning** de réservation **dans les délais** et je **recevrai la facturation** le mois suivant.

m'engage à fournir le dossier famille complet (fiche famille, fiche inscription aux activités périscolaires et fiche sanitaire) ainsi que les justificatifs demandés en page 5 **avant le 24/07/2017**.

m'engage à fournir mon avis d'imposition 2017 **avant le 6/10/2017**, pour que la facture du mois de septembre prenne en compte mes ressources pour le calcul des tarifs des activités. **A défaut, le tarif supérieur (tranche 11) sera appliqué**, jusqu'à réception du document demandé.

m'engage à **communiquer tout changement** d'adresse, de numéro de téléphone ainsi que les coordonnées des personnes majeures autorisées à prendre en charge l'enfant **au Pôle administratif de la Vie Educative**.

dans le cadre des activités périscolaires, **j'autorise mon enfant à être transporté**, en cas d'accident, à l'hôpital le plus proche par les services d'urgence et de secours.

TOUTE INSCRIPTION VAUT ACCEPTATION DES RÈGLEMENTS INTÉRIEURS ET DES TARIFS EN VIGUEUR AU MOMENT DE LA FRÉQUENTATION DES ACTIVITÉS (documents disponibles sur le site www.lagny-sur-marne.fr ou en Mairie, et pouvant être modifiés à tout moment par délibération du Conseil Municipal)

Fait à le ,

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL 1

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL 2

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
SEXE : ☐ GARÇON ☐ FILLE
ÉCOLE : CLASSE :
ANNÉE :

Afin de mieux connaître votre enfant, d'être au plus près de vos préoccupations et d'agir efficacement en cas de problème, nous vous remercions de bien vouloir **compléter très précisément et en MAJUSCULE ce document**.

Ce **document** est absolument **obligatoire** pour une participation de votre enfant à toutes les activités.

PARENTS

PÈRE

NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
TÉL. FIXE : TÉL. PORTABLE :
NOM DE L'EMPLOYEUR : TÉL. TRAVAIL :
ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

MÈRE

NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
TÉL. FIXE : TÉL. PORTABLE :
NOM DE L'EMPLOYEUR : TÉL. TRAVAIL :
ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

SANTÉ DE L'ENFANT

N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant :
Bénéficiaire de la CMU (Couverture Médicale Universelle) : ☐ OUI ☐ NON
Mutuelle (nom et numéro) :
Police d'assurance couvrant l'enfant (nom et numéro) :
Coordonnées du médecin traitant :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATES
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				BCG			
Ou Tétracoq				Autres (préciser)			

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

SANTÉ DE L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical**? ☐ OUI* ☐ NON

* **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**) **Attention** : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	☐ OUI ☐ NON	Coqueluche	☐ OUI ☐ NON	Angine	☐ OUI ☐ NON
Varicelle	☐ OUI ☐ NON	Otite	☐ OUI ☐ NON	Scarlatine	☐ OUI ☐ NON
Rougeole	☐ OUI ☐ NON	Oreillons	☐ OUI ☐ NON	Rhumatisme articulaire aïgü	☐ OUI ☐ NON

ALLERGIES* : ☐ Asthme ☐ Alimentaires ☐ Médicamenteuses ☐ Autres (.....)

* Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** (si automédication le signaler):

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

L'enfant fait-il l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : ☐ OUI (**joindre une copie du document**) ☐ NON

VOS RECOMMANDATIONS

N'hésitez pas à nous communiquer les éléments qui vous paraissent importants (port de lunettes, de lentilles, d'appareil auditif ou dentaire, consignes alimentaires, si votre enfant mouille son lit, si votre fille est réglée).

VOS AUTORISATIONS

LES SORTIES : à l'exception des mini-séjours.

Ce paragraphe 1 concerne seulement les élémentaires.

1- Mon enfant peut rentrer seul : ☐ OUI* ☐ NON

* Les mercredis et vacances à h
Les accueils périscolaires du soir à h

Ce paragraphe 2 concerne les élémentaires et maternels.

2- Ces personnes sont autorisées à venir chercher mon enfant (une pièce d'identité sera exigée)

NOM :	NOM :
PRÉNOM :	PRÉNOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
TÉL. :	TÉL. :

J'autorise l'équipe d'animation à joindre ces personnes en cas d'urgence et/ou de retard après 19 heures : ☐ OUI ☐ NON

LES PRISES DE VUE :

J'autorise les équipes d'animations à réaliser des photos ou des vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant. Ces photos et vidéos peuvent faire l'objet d'une diffusion dans les publications de la Ville : ☐ OUI ☐ NON

LA BAIGNADE :

J'autorise mon enfant à pratiquer la baignade : ☐ OUI ☐ NON

LA DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL :

Je soussigné(e)....., Père, Mère, Tuteur, (rayer les mentions inutiles), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à la réactualiser. J'autorise le responsable des accueils ou des séjours à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales y compris avec phase d'anesthésie-réanimation). Si l'état de santé ne justifie pas son secours par le S.A.M.U. ou les pompiers, j'autorise son transfert à mes frais, par taxi ou ambulance, si je ne peux aller le chercher moi-même. Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux avancés par la ville de Lagny-sur-Marne. Le contrat responsabilité civile de la ville ne couvre pas les frais de rapatriement de mes enfants. Ne sont garantis que les frais de transport du lieu de l'accident à l'hôpital le plus proche. Il appartient donc à la famille de contacter son propre assureur, lequel prendra en charge les frais consécutifs.

Fait à..... le.....

SIGNATURE

INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES POUR LA RENTRÉE 2017/2018

À retourner en Mairie par mail (direction-enfance@lagny-sur-marne.fr) ou par courrier **avant le 24/07/2017**
Afin de ne **rien oublier** cochez au fur et à mesure les documents

LISTES DES DOCUMENTS À FOURNIR

- ☐ copie du justificatif de domicile de -3 mois
> quittance de loyer, facture EDF, gaz, téléphone fixe, ou opérateur internet
- ☐ copie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant
sur lesquelles doit figurer le nom de l'enfant (*avec le vaccin DTP à jour*)
-

Cas particuliers

- ☐ en cas de séparation
- ☐ copie de l'extrait du jugement de divorce ou de séparation précisant la garde de l'enfant
 - ☐ accord d'inscription donné par l'autre parent
- ☐ en cas d'hébergement
- ☐ copie du justificatif de domicile de -3 mois de l'hébergeant
 - ☐ attestation sur l'honneur d'hébergement
 - ☐ copie du document de la sécurité sociale ou CAF de -3 mois au nom de l'hébergé à l'adresse de Lagny-sur-Marne
- ☐ pour les résidents hors commune dont un des responsables travaille à Lagny
- ☐ copie de la dernière fiche de paie

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

À noter :

- Copie de votre **avis d'imposition 2017 sur les revenus 2016** est à fournir **avant le 06/10/2017**