



FICHE D'INSCRIPTION 2019-2020

ACCUEIL PERISCOLAIRE : le matin (7h à 8h30)
 la pause méridienne(11h30-13h30)
 le soir (16h30 à 18h30) **MERCREDIS RECREATIFS**
Et les activités complémentaires du PEL



A remettre au Service Jeunesse à la Mairie de BRUYERES accompagnée des pièces demandées plus bas.

FAMILLE

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>
Nom- Prénom : _____	Nom- Prénom: _____
Adresse _____	Adresse _____
N°d'allocataire CAF : _____	Adresse mel : _____
Adresse mel : _____	N° tel portable : _____
N° tel portable : _____	Tél en cas d'urgence : _____
Tél en cas d'urgence : _____	

**PERSONNES SUSCEPTIBLES DE VENIR CHERCHER L'ENFANT
OU A JOINDRE EN CAS D'URGENCE**

Nom	Prénom	Téléphone

AUTORISATION PARENTALE à compléter

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant autorise mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre des Activités Périscolaires afin d'illustrer des supports de communication (journal, affiches, site web, vidéo, etc....) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.

Date et Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Document téléchargeable sur le site de la ville de Bruyères : www.ville-bruyeres.fr

Et disponible à l'accueil de loisir 12 avenue Chanzy 88600 BRUYERES

Pièce à fournir : Fiche sanitaire de liaison

Photocopie des vaccins du carnet de santé de l'enfant



Fiche d'inscription à l'accueil périscolaire

ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Age : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Classe et école fréquentée depuis la rentrée : _____

Mercredi matin : PLUSIEURS POSSIBILITES :

- Soit deux temps de garde de 2h30
- Ou un temps de garde avant l'activité + un forfait d'un cycle de 6 séances
- Ou un forfait d'activités au choix par cycle de 6 séances à réserver par avance

	Dates du cycle	Activités	Je choisi	Activités	Je choisi
1	Du 08/01 au 12/02	Cuisine et art de la table	<input type="checkbox"/>	Activités dans la neige ou street hockey	<input type="checkbox"/>
2	Du 04/03 au 08/04	Cuisine et art de la table	<input type="checkbox"/>	Accrosport	<input type="checkbox"/>
3	Du 29/04 au 10/06	Cuisine et art de la table	<input type="checkbox"/>	Randonnée et jeux	<input type="checkbox"/>
4 Pour tous	17/06	Sécurité routière	<input type="checkbox"/>	1 temps d'accueil	
	24/06	Rencontre avec les pompiers	<input type="checkbox"/>		
	01/07	Apéro goûter préparé par les enfants	<input type="checkbox"/>		



Quotient familial	Bruyères, Ulis, Fays		Extérieurs	
	≤ à 649€	> à 649€	≤ à 649€	> à 649€
Forfait 2h30 de 7h00 à 9h30/ 9h30 à 12h00	2.50	2.75	2.75	3.00
Forfait activité par cycle de 6 séances	14.00	15.00	15.00	16.00

Règlement
Sur facture

MON ENFANT EST A L'ECOLE MATERNELLE

→ J'autorise les personnes majeurs désignées en PREMIERE PAGE DU DOCUMENT à reprendre mon enfant à la fin des activités à 12h au maximum (en cas d'empêchement de ma part)

MON ENFANT EST EN PRIMAIRE

- ❖ J'autorise mon enfant à repartir seul : - A la fin des activités à 11h30
- A la fin du temps d'accueil à 12h

→ NON J'autorise les personnes majeurs désignées EN PREMIERE PAGE DU DOCUMENT à reprendre mon enfant (en cas d'empêchement de ma part)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance.....

N° de téléphone personnel et professionnel des personnes à joindre en cas d'urgence

.....

.....

VACCINATIONS

A cocher ou joindre photocopie de la page de vaccination du carnet de santé

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATÉS
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Polio				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 antitétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée OUI NON

Si OUI, lequel :

.....

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

	oui	non		oui	non		oui	non
RUBEOLE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			OTITE		
VARICELLE			SCARLATINE			ROUGEOLE		
ANGINE			COQUELUCHE			OREILLONS		

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire :

ALLERGIES :

ASTHME : OUI NON

MEDICAMENTEUSES : OUI NON

ALIMENTAIRE : OUI NON

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 :

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

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

Nom et Tél du médecin traitant :

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Je soussigné(e) NOM.....Prénom.....

responsable légal de l'enfant, déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise la commune de Bruyères à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Document téléchargeable sur le site de la ville de Bruyères : www.ville-bruyeres.fr

Et disponible à l'accueil de loisir 12 avenue Chanzy 88600 BRUYERES