



Mail : NAP et ALSH : alsh.montbard@gmail.com / Mail : CANTINE et GARDERIE : cantinegarderie@montbard.com

1 – Renseignements concernant l'enfant :	AGE :	FILLE <input type="checkbox"/>	GARCON <input type="checkbox"/>
NOM :	NAP – Pièces à fournir : B/C/E		
Prénom :	Mon enfant : est autorisé à sortir seul <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Date et lieu de naissance.....	prend le bus <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - se rend à la garderie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
.....	ACCUEIL DE LOISIRS (ALSH) – Pièces à fournir : A/B/C/D/E		
Adresse :	Mon enfant :	Mon enfant :	
.....	Est autorisé à se baigner <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Est apte à la pratique du sport	
.....	Sait nager <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
.....	Doit porter des brassards <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rentrera seul à la maison	
.....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Etablissement scolaire :	CANTINE/GARDERIE – Pièces à fournir : B/C/D/E		
.....	Allergies alimentaires (fournir un PAI ou une ORDONNANCE)		
Classe :	Précisez :		

2– Pièces justificatives à fournir :	
A. Copie de l'attestation CAF « aides aux temps libres »	POUR TOUTE MODIFICATION, MERCI DE PENSER A RAPPORTER LES DOCUMENTS NECESSAIRES A LA FACTURATION OU AU DOSSIER POUR L'ANNEE EN COURS
B. Copie de l'assurance extrascolaire	
C. Copie des pages de vaccination du carnet de santé	
D. Copie de l'avis d'imposition sur les revenus du foyer <i>(sans avis d'imposition le tarif maximum sera appliqué)</i>	
E. Copie de l'extrait de jugement en cas de séparation	
Les familles d'accueil fourniront les documents sauf l'avis d'imposition et l'extrait de jugement	

3 – Renseignements administratifs :
Numéro CAF (Aides aux temps Libres) :
Numéro Sécurité Sociale :
Numéro et Nom Assurance extrascolaire :

4 – Parent(s) de l'enfant ou responsable légal :	
Père :	Mère :
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
☎ fixe :	☎ fixe :
☎ portable :	☎ portable :
☎ travail :	☎ travail :
Email :@.....	Email :@.....
Situation familiale : <input type="checkbox"/> mariés <input type="checkbox"/> en concubinage <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf/veuve	
Résidence de l'enfant chez (si parents séparés) : Le père <input type="checkbox"/> La mère <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> garde alternée <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Autre : en tant que :	ORGANISME (ASE-CHENEVIERES, etc...) :
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
☎ fixe :	☎ fixe :
☎ portable :	☎ portable :
☎ travail :	☎ travail :
Email :@.....	Email :@.....
NOM, Prénom et adresse de facturation :	
.....	
.....	



DOSSIER D'INSCRIPTION

ACCUEIL DE LOISIRS/CANTINE/GARDERIE/NAP



C.C.A.S. Accueil de Loisirs 4/17 ANS
Service Enfance Jeunesse – Ville de Montbard
2 Bis Avenue Maréchal De Lattre De Tassigny
21500 MONTBARD
Tél. : 03.80.92.47.63

Mail : NAP et ALSH : alsh.montbard@gmail.com / Mail : CANTINE et GARDERIE : cantinegarderie@montbard.com

5 – Personnes à appeler en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre l'enfant

Form with two columns and two rows for emergency contact information. Each row contains checkboxes for 'à appeler en cas d'urgence' and 'autorisées à prendre l'enfant', followed by fields for NOM, Prénom, and phone numbers (fixe, portable, travail).

6 - Autorisations parentales (les 2 parents doivent signer si leurs adresses sont différentes)

Parental authorization form containing text about structure operation, a list of activities with 'OUI/NON' options, a 48-hour notice commitment, and three checkboxes for attestation of child's suitability and acceptance of terms.



FICHE D'INSCRIPTION 2016/2017 RESTAURATION SCOLAIRE GARDERIE



(Cette fiche est à déposer au Service Enfance Jeunesse ou à envoyer par mail à cantinegarderie@montbard.com)

NOM :	PRENOM :
ECOLE :	N° Tél. :
CLASSE :	N° Tél. travail :

Régime alimentaire particulier :

Allergie alimentaire (PAI ou ordonnance) :

(Pour toute allergie alimentaire, il est nécessaire de fournir un PAI ou une ordonnance valide en vigueur)

ANNEE SCOLAIRE 2016-2017 (cochez selon vos besoins)											
mois	sept	oct	nov	dec	jan	fev	mars	avril	mai	juin	juillet
<input type="checkbox"/> ANNUEL											
<input type="checkbox"/> MENSUEL											

Cochez selon vos besoins	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Repas du midi				

	SEPTEMBRE				OCTOBRE				NOVEMBRE				DECEMBRE				
LUNDI	05	12	19	26	03	10	17			07	14	21	28	05	12		
MARDI	06	13	20	27	04	11	18			08	15	22	29	06	13		
JEUDI	01	08	15	22	29	06	13			03	10	17	24	01	08	15	
VENDREDI	02	09	16	23	30	07	14			04		18	25	02	09	16	

	JANVIER				FEVRIER				MARS				AVRIL					
LUNDI	09	16	23	30	06	13			06	13	20	27	03	10				
MARDI	03	10	17	24	31	07	14			07	14	21	28	04	11			
JEUDI	05	12	19	26		02	09	16			09	16	23	30	06	13		
VENDREDI	06	13	20	27		03	10	17			10	17	24	31	07	14		

	MAI				JUN				JUILLET			
LUNDI	15	22	29		12	19	26	03				
MARDI	02	09	16	23	30	06	13	20	27	04		
JEUDI	04	11	18			01	08	15	22	29	06	
VENDREDI	05	12	19			02	09	16	23	30	07	

FREQUENTATIONS GARDERIE : OCCASIONNELLE MENSUELLE ANNUELLE

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN					
MIDI					
SOIR					

DATE :/...../.....

SIGNATURE :

NOUVELLES ACTIVITES PERISCOLAIRES (NAP)

2016/2017

Tél. : 03.80.92.47.63 – Mail : alsh.montbard@gmail.com

Je souhaite inscrire mon enfant aux NAP

NOM :	PRENOM
ECOLE :	CLASSE :

JOUR	LUNDI	MARDI	JEUDI
LIEU	JOLIOT CURIE/COUSTEAU	LANGEVIN/PASTEUR	DIDEROT/FERRY
HORAIRES	14 H 50 – 16 H 20	15 H – 16 H 30	14H45-16H15/14H55-16H25

Année scolaire 2015-2016 (cocher selon vos besoins)					
PERIODES	Du 01/09/16 au 18/10/16	Du 03/11/16 au 15/12/16	Du 03/01/17 au 16/02/17	Du 06/03/17 au 13/04/17	Du 02/05/17 au 06/07/17
OCCASIONNELLE					
ANNUELLE					

RETOUR A LA MAISON

1) TRANSPORT SCOLAIRE : OUI NON

(Demander un formulaire au Service Affaires Scolaires)

Indiquez le point d'arrivée (La Mairie, les Perrières, Cités Fays, Point Confiance, Cités de la Marne, les Bordes) :

2) Mon enfant se rend à la garderie : OUI NON

3) J'autorise mon enfant à quitter seul l'école après le temps des activités périscolaires :

OUI NON

4) Mon enfant attend ses parents ou la personne autorisée à venir le chercher à la fin des activités :

OUI NON

DATE :/...../.....

SIGNATURE :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON



CERFA N° 10008*02

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

NOM :		Prénom :		Numéro Sécurité Sociale	
Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>	Date de naissance :/...../.....		

(1)Rayer les mentions inutiles

1 – A-t-il eu les maladies suivantes (1) :

VARICELLE		ANGINE		SCARLATINE		OTITES		ROUGEOLE		OREILLONS		RUBEOLE		ASTHME	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

2 – A-t-il déjà présenté des allergies (1) :

ALIMENTAIRE		MEDICAMENTEUSE		AUTRE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

Si oui, précisez laquelle, les conséquences et la conduite à tenir :

.....
.....

3 – Votre enfant a-t-il une alimentation spécifique (si oui précisez) :.....

4 – Un P.A.I. (Projet d'accueil Individualisé) a-t-il été mis en place pour la scolarité :

OUI (si oui nous fournir une copie) NON

5 – A-t-il eu d'autres soucis de santé : maladie, accident, hospitalisation...(les indiquer en précisant les dates :

.....
.....

Précautions à prendre par rapport aux difficultés de santé :

.....
.....

6 – Autres recommandations utiles des parents (port de lunettes, prothèses dentaires ou auditives...)

.....
.....

7 – VACCINATIONS : Joindre obligatoirement, une photocopie des vaccins du carnet de santé de l'enfant ou un certificat médical de contre-indication dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

8 – MEDECIN TRAITANT :

NOM : Ville : Téléphone :/...../...../...../.....

9 – L'ENFANT DOIT-IL SUIVRE UN TRAITEMENT MEDICAL : OUI NON

Si oui, lequel :.....

Dans ce cas, il est impératif de joindre l'ordonnance valide en vigueur et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice, ainsi qu'au besoin, une lettre explicative signée et datée.

L'ensemble des médicaments accompagnés de l'ordonnance devront être remis au responsable du service

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance

10 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : VILLE :

N° de téléphone :/...../...../...../.....

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

DATE :/...../.....

SIGNATURE :