RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:

ALLERGIES

Alimentaires ☐**Oui** ☐**Non** **Laquelle:** ……

Médicamenteuses: ☐**Oui** ☐**Non** **Laquelle:** ……

Autres ☐**Oui** ☐**Non** **Laquelle:** ……

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI:

Projet d'Accueil Individualisé ☐**Oui** ☐**Non** ☐ **Déjà établi** (document à fournir)

PATHOLOGIES (asthme, diabète, épilepsie)

……

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI:

Projet d'Accueil Individualisé ☐**Oui** ☐**Non** ☐ **Déjà établi** (document à fournir)

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administrer sans PAI *(boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées avec le nom de l'enfant, avec la notice).*

Traitement régulier ☐**Aucun** ☐**Pris au domicile** ☐**A prendre sur la structure**

Traitement en cas de crise *(pathologie, allergie…)* ☐**Oui** ☐**Non**

Si traitement: Joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence.

☐**L'enfant s'auto médicamente** ☐**Prévoir PAI pour l'accompagner** ☐ **PAI déjà établi** (à fournir)

APPAREILLAGE COMPENSATOIRE

☐**Lunettes** ☐**Lentilles** ☐**Prothèses auditives** ☐**Prothèses dentaires**

☐**Appareil orthopédique** ☐**Fauteuil/Déambulateur** ☐**Autre (lequel)** ……

Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon activité …)

……

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI:

Projet d'Accueil Individualisé ☐**Oui** ☐**Non** ☐ **Déjà établi** (document à fournir)

AUTRES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES *Dans le cas où vous auriez des recommandations particulières au sujet du comportement de l'enfant (caractère, santé etc.) veuillez les indiquer ci-dessous:*

……

……

……

……

MEDECIN TRAITANT

Nom …… Téléphone ……

Adresse ……

Caf des Pyrénées-Orientales

msa santé famille retraite services

Communauté de Communes du HAUT VALLESPIR

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 2019 / 2020

ETAT DE CIVIL DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance

Lieu de naissance

Age

Sexe ☐ **Féminin** ☐ **Masculin**

Ecole (2019-2020)

Classe (2019-2020)

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.)?

☐**Oui** ☐**Non** ☐Ne souhaite pas répondre

Dossier à retourner avant le 05 juillet 2019

À la Communauté de Communes du Haut-Vallespir
8 boulevard du Riuferrer
66150 Arles sur Tech
Tel: 04.68.21.82.05

COCHER LE(S) SERVICE(S) FREQUENTÉ(S)

☐ **Restauration scolaire**

☐ **Périscolaire** ***(matin et/ou soir)***

(écoles d'Arles sur Tech, Amélie les Bains, Palalda, Prats de Mollo, saint Laurent de Cerdans)

☐ **ALSH - Accueil de Loisirs** *(mercredi et vacances)*

☐ **Pré-inscription Ecole de musique**

DOCUMENTS A FOURNIR (OBLIGATOIRE)

Tout dossier incomplet sera refusé

DOSSIER COMPLET

☐ **Fiche de renseignements et autorisations** ***(page 2)***

☐ **Fiche de souhaits d'inscription** ***(page 3)***

☐ **Fiche sanitaire** *(page 4)*

EN CAS DE SEPARATION

☐ **Joindre la copie de la décision du juge aux affaires familiales et/ou du juge des enfants.**

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

ALSH / PERISCOLAIRE

☐ **Attestation de responsabilité civile 2019-2020** *(périscolaire et extrascolaire)*

☐ **Photocopie des vaccinations** *(DT Polio uniquement)*

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

☐ **Si P.A.I., le fournir avec les besoins thérapeutiques**

RESPONSABLE DE L'ENFANT:

QUI A LA RESPONSABILITE JURIDIQUE DE L'ENFANT ? ☐**Père** ☐**Mère** ☐**Père et Mère** ☐**Autres (préciser)**

SITUATION FAMILIALE: ☐**Marié** ☐**Divorcé** ☐**Concubinage** ☐**Veuf/veuve** ☐**Autres**

☐**Père** ☐**Mère** ☐**Service social** ☐**Tuteur**

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

_____

☎ _____

✉ _____

N° CAF: _____

N° MSA _____

Profession: _____

Employeur: _____

☎ _____

☐**Père** ☐**Mère** ☐**Service social** ☐**Tuteur**

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

_____

☎ _____

✉ _____

N° CAF: _____

N° MSA _____

Profession: _____

Employeur: _____

☎ _____

L'ENFANT A-T-IL UN SUIVI COMPLEMENTAIRE (Hôpital de jour, CAMSP, CMP) ☐**OUI** ☐**NON**

L'ENFANT SAIT-IL NAGER: ☐**OUI** ☐**NON**

L'ENFANT BENEFICIE-T-IL DE L'AEEH (Allocation d'Education Enfant Handicapé) **:** ☐**OUI** ☐**NON**

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (Obligation d'être majeur):

ALSH / Périscolaire

En cas D'urgence	Autoriser à récupérer l'enfant	Nom - Prénom	Téléphone
☐	☐		
☐	☐		
☐	☐		
☐	☐		
☐	☐		

Les parents déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur

☐**Restauration scolaire**

☐**Périscolaire** ***(matin / soir)***

☐**ALSH** ***(vacances)***

Règlement(s) lu(s) et approuvé(s) le _____

Certifie l'exactitude des informations

Date et signature:

MODALITES DE REGLEMENT

RESTAURATION SCOLAIRE

- ✓ Par prélèvement automatique: *Joindre un RIB et Mandat SEPA complété*
- ✓ Par chèque : *à l'ordre de régie de recettes cantines scolaires*
- ✓ En espèces lors des permanences
- ✓ Par carte bancaire

ALSH ET MERCREDI

Lors des périodes d 'inscription des services jeunesse

- ✓ Par chèque à l'ordre du trésor public
- ✓ En espèces
- ✓ Par CESU et ANCV

PERISCOLAIRE

(Matin et soir)

- ✓ Au Trésor Public
- ✓ Par chèque à l'ordre du trésor public
- ✓ En espèces

J'INSCRIS MON ENFANT A LA RESTAURATION SCOLAIRE:

☐ Inscription régulière pour toute l'année / 4 jours

☐ Inscription à jours fixes ☐ **Lundi** ☐ **Mardi** ☐ **Jeudi** ☐**Vendredi**

☐ Inscription occasionnelle, sous réserve de présentation du planning de réservation 10 jours avant la date d'inscription

Votre enfant souffre-t-il d'allergies alimentaires: ☐**Oui** ☐**Non**

Si allergie alimentaire, les parents s'engagent à informer l'établissement et le service de restauration scolaire afin de mettre en place un projet accueil individualisé, et à leur transmettre le protocole.

J'INSCRIS MON ENFANT A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE: (matin - soir)

Ecole fréquentée: ☐**Amélie les Bains** ☐**Arles sur Tech** ☐**Palalda** ☐**Prats de Mollo** ☐**Saint Laurent de Cerdans**

Matin avant la classe: ☐Lundi ☐Mardi ☐Jeudi ☐Vendredi

Après-midi après la classe: ☐Lundi ☐Mardi ☐Jeudi ☐Vendredi

J'INSCRIS MON ENFANT A L'ALSH (Accueil de Loisirs)

Pour information les inscriptions s'effectuent au moins 15 jours avant chaque période.

Renseignements au près du Service Jeunesse.

J'INSCRIS MON ENFANT A L'ECOLE DE MUSIQUE

☐ **nouvelle inscription uniquement**

Choix d'instruments: ☐**Piano** ☐**Guitare** ☐**Flûte traversière** ☐**Trompette** ☐**Trombone** ☐**Saxophone** ☐**Batterie/percussions** ☐**Eveil**

☐**EVEIL MUSICAL ET DECOUVERTE INSTRUMENTALE** ***(5-7 ans)***

☐**CURSUS ENFANT** ***(instrument + solfège)***

☐**CURSUS ENFANT CONFIRME** ***(instrument)***

☐**CURSUS ADULTE DEBUTANT** ***(instrument + formation musicale)***

☐**CURSUS ADULTE CONFIRME** ***(instrument)***

AUTORISATIONS:

DROIT DE CAPTATION

☐J'autorise ☐Je n'autorise pas

La communauté de Communes du Haut-Vallespir à représenter, reproduire, publier, diffuser et communiquer au public les images fixes et/ou animées , sur lesquelles figure l'enfant dont je suis le responsable légal, et/ou ses productions prises durant les activités pédagogiques et artistiques.

AUTORISATION DES RESPONSABLES *Cocher la case et renseigner si nécessaire*

	Autorise	N'autorise pas
• Consulter mon Quotient Familial (QF) pour ajuster la tarification applicables	☐	☐
• L'enfant pourra participer aux différentes activités et sorties organisées par la structure	☐	☐
• L'enfant pourra utiliser les moyens de transports prévus dans le cadre des activités	☐	☐
• Laisser l'enfant quitter seul la structure après le Périscolaire à ……..h, après le Centre de Loisirs à ……..h	☐	☐
• A prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.	☐	☐