



COMMUNE DE VERSONNEX 21 chemin Levé 01210 VERSONNEX
BULLETIN D'INSCRIPTIONS 2017-2018 – FICHE ENFANT
RESTAURATION SCOLAIRE – ACCUEIL PERISCOLAIRE – ACTIVITES PERIEDUCATIVES (ou TAP)

ECRIRE EN LETTRES CAPITALES

ENFANT

Nom – Prénom ----- Sexe : masculin féminin

Date et lieu de naissance : ----- /----- /----- à -----

Ecole fréquentée élémentaire maternelle Classe à la rentrée de sept. 2017 :

ACTIVITES PERI EDUCATIVES (ou TAP)

ELEMENTAIRE : Fréquentera l'activité de 15h30 à 16h30 : LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

MATERNELLE : Fréquentera l'activité de 13h30 à 15h : MARDI VENDREDI

RESTAURATION SCOLAIRE (inscription à l'année)

OCCASIONNEL (Réservation du jour ou des jours souhaités 7 jours avant en mairie).
ou

ABONNEMENT cochez les cases de votre choix :

<input type="checkbox"/> 4 JOURS	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3 JOURS	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 JOURS	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 JOUR	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>

ACCUEIL PERISCOLAIRE (inscription à l'année)

OCCASIONNEL
ou

ABONNEMENT cocher les cases de votre choix

si l'inscription est régulière, choisissez le ou les jours de votre choix matin et/ou soir :

MATIN - 7h30-8h30

<input type="checkbox"/> 5 JOURS	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	MERCUR <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4 JOURS	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	MERCUR <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3 JOURS	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	MERCUR <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 JOURS	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	MERCUR <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 JOUR	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	MERCUR <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>

SOIR - 16H30-18h30

<input type="checkbox"/> 4 JOURS	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3 JOURS	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 JOURS	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 JOUR	LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>

Engagement ferme pour une période complète. Toute modification devra faire l'objet d'une demande écrite adressée au service scolaire : marie-eve.druet@versonnex.fr

En cas de contre-indication à la pratique du sport fournir un certificat médical

Fait à : _____ le : _____ Signature des parents ou du représentant légal :

Fiche sanitaire de liaison :

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Garçon / Fille

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Code postal / Ville : _____

Téléphones auxquels nous pouvons vous joindre : _____

VACCINATIONS :

Vaccins obligatoires	Oui/non	Date derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie			Hépatite B	
Tétanos			ROR	
Poliomyélite			Coqueluche	
Ou DT Polio			Autres ?	
Ou tétracoq				
BCG				

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin anti tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS DIVERS :

- Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique (sans porc, hallal, végétarien) ? Précisez : _____

- Votre enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour :
Oui / non ? Si oui, précisez et joignez l'ordonnance avec le traitement : _____

- Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Maladies	Oui / non	Maladies	Oui / non
Rubéole		Varicelle	
Angine		Rhumatisme articulaire aigu	
Scarlatine		Coqueluche	
Otite		Rougeole	
Oreillons			

- Votre enfant a-t-il des allergies ? Si oui, précisez l'allergène et la conduite à tenir : _____

- Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (asthme, accident, opération...)
? Si oui, précisez les dates et les précautions à prendre : _____

- Votre enfant porte t'il des lunettes, des lentilles, un appareil dentaire, des Prothèses dentaires... ? Précisez : _____

NOM et téléphone du médecin traitant : _____

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant _____ :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

- Autorise / n'autorise pas* le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

*rayez la mention inutile

Fait le ____/____/____ à _____

Signature : _____