



INSCRIPTIONS 2023 / 2024

- | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------|
| Restaurant scolaire | <input type="checkbox"/> |
| Etude surveillée | <input type="checkbox"/> |
| Périscolaire du mercredi | <input type="checkbox"/> |
| Accueil de Loisirs (centre de loisirs vacances) | <input type="checkbox"/> |

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Classe 2023-2024 :

Documents à joindre :

si les pièces à fournir sont communes à différentes activités, vous pouvez les donner qu'une seule fois

- ✓ Attestation d'assurance responsabilité civile au nom et prénom de l'enfant à jour :
Pour le restaurant scolaire, le périscolaire du mercredi et l'accueil de loisirs (centre de loisirs vacances)
- ✓ Attestation CAF avec votre coefficient (mise à jour tous les 6 mois : septembre / mars) :
Pour le restaurant scolaire, le périscolaire du mercredi et l'accueil de loisirs (centre de loisirs vacances)

A REMPLIR POUR TOUTES LES PRESTATIONS

PARENTS

	PERE	MERE
Nom		
Prénom		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Adresse mail		
Profession		
Employeur		
Téléphone employeur		
Adresse employeur		
Numéro CAF		

Préciser la situation : Mariés Divorcés Pacsés Autre :

OBSERVATIONS :

Souhaite communiquer et recevoir Tous les documents (factures, divers) par mail (attention, dans ce cas vous ne recevrez plus de courrier/facture papier par voie postale).

Merci d'indiquer l'adresse mail (ou les adresses mails) où les documents seront envoyés :

.....

PAIEMENT :

Père Mère

Autre (nom, prénom, adresse, téléphone)

DIVERS

• **Si parents séparés :**

Qui a la charge de l'enfant ?

L'autre parent est-il autorisé à venir le chercher à la sortie ?

Oui Non

• **Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant à la sortie :**

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone

• **Personnes à prévenir en cas d'accident**

Père

Mère

Autre → Tél. : Nom :

Autre → Tél. : Nom :

➤ **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :**

Caisse de : Ain Rhône MSA Autre :

Numéro allocataire :

Quotient familial :

Nom de la compagnie d'assurance :

N° Tel compagnie :

Faites-vous partie : du régime Général de la Sécurité Sociale ? Si oui n° :

Ou de régime de MSA SNCF EDF Autre...

A Neyron, le

Signature

A REMPLIR POUR LE RESTAURANT SCOLAIRE

RESTAURANT SCOLAIRE

- Pour l'année scolaire (dès le jour de la rentrée)
- À partir du

Cochez les jours de demi-pension :

- Lundi
- Mardi
- Jeudi
- Vendredi

- Repas sans viande
- Allergies, intolérances alimentaires, autres :
(sur justificatif)



TARIFS

	QF < 750	751 < QF < 1200	1201 < QF < 2050	2051 < QF < 2600	QF > 2601
Prix	3.60	3.90	4.20	4.40	4.70

AUTORISATION :

- Nous autorisons (père et mère) la mairie de Neyron à photographier, filmer mon enfant, et à exploiter et diffuser l'image sur tous supports émanant de la municipalité (Magazine, bulletin, site Internet ou autre), et ce, à titre gratuit.

A REMPLIR POUR L'ÉTUDE SURVEILLÉE

ETUDE SURVEILLEE (CE2 - CM1 - CM2)

Pour l'année scolaire :

- Lundi
- Mardi
- Jeudi

À 18h mon enfant :

- rentre seul au domicile
- est pris en charge à la sortie de l'école
- va à l'Accueil Loisirs Neyron



En cas de retard de la personne chargée de venir chercher l'enfant, ce dernier sera emmené à l'Accueil Loisirs Neyron jusqu'à 19h00. Ce service sera facturé au tarif applicable à l'Accueil Loisirs Neyron soit 3 € de forfait.

Les désistements sont exceptionnels et devront être justifiés par un certificat médical ou autre justificatif.

A REMPLIR POUR PERISCOLAIRE DU MERCREDI

SOUS RESERVE DE DISPONIBILITE

PERISCOLAIRE DU MERCREDI

Les inscriptions se font par trimestre ou ponctuellement. Il est possible de désinscrire ou inscrire des mercredis dans l'année (dernier délai le lundi à 10h pour la semaine suivante)

- Pour le 1^e trimestre
- Pour le 2^e trimestre
- Pour le 3^e trimestre
- Une semaine sur deux - Pair Impair
- Ponctuellement

Cochez la formule qui vous intéresse :

- Mercredi matin **sans** repas → Accueil du matin : Arrivée entre 8h à 9h, départ de 11h45 à 12h.
- Mercredi matin **avec** repas → Accueil du matin et repas : Arrivée entre 8h à 9h, départ de 13h15 à 13h30.
- Mercredi après-midi **avec** repas → Accueil du repas et après-midi : Arrivée entre de 11h45 à 12h et départ de 17h à 18h.
- Mercredi après-midi **sans** repas → Accueil de l'après-midi : Arrivée entre de 13h15 à 13h30 et départ de 17h à 18h.
- Mercredi **journée avec repas** → Accueil journée : Arrivée entre 8h à 9h et départ de 17h à 18h.

TARIFS

Quotient familial	De 0 à 450 €	De 451 à 660 €	De 661 à 765 €	De 766 à 1250 €	Plus de 1250 €
Tarif journée	6 €	8,5 €	11 €	16,00 €	20,50 €
Tarif ½ journée sans repas	4 €	6,50 €	8,50 €	10 €	12 €
Tarif ½ journée avec repas	5,50 €	8 €	10€	12,5 €	15 €

AUTORISATIONS :

- Nous autorisons (père et mère) la mairie de Neyron à photographier, filmer mon enfant, et à exploiter et diffuser l'image sur tous supports émanant de la municipalité (Magazine, bulletin, site Internet ou autre), et ce, à titre gratuit.
- Nous autorisons notre enfant à rentrer seul après le périscolaire
- Nous autorisons notre enfant à quitter le périscolaire avec (Nom/Prénom/Adresse/n°tel de la personne accompagnatrice)

-
- Nous autorisons notre enfant à participer à toutes les activités de loisirs auxquelles je l'ai inscrit, y compris les activités autorisées par la réglementation de l'accueil de loisirs du Périscolaire.
 - Nous autorisons le Directeur de l'Accueil de Loisirs à prendre toute mesure qu'il jugerait nécessaire au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents.

RESPONSABILITÉ :

Compte tenu de la législation qui régit les Centres de Vacances et de Loisirs, nous rappelons aux parents que L'accueil de loisirs du périscolaire et pendant les vacances a l'entière responsabilité des enfants durant leur présence EXCLUSIVEMENT.

Nous tenons également à rappeler aux familles qu'il nous est impossible de libérer un enfant, sauf pour une cause particulière et exceptionnelle. Si votre enfant doit quitter le périscolaire avant la fin de l'heure prévue, il faudra préalablement signer une décharge de responsabilité.

A Neyron, le
Signature

A REMPLIR POUR périscolaire du mercredi ET accueil de loisirs (centre de loisirs vacances)



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui 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*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

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.**

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :
