

Accueil de Loisirs Sans Hébergements.
Accueil périscolaire.
Arc-en-ciel

Groupe scolaire
67550 ECKWERSHEIM
☎ : 03.69.73.86.02
☎ : 07.86.80.27.26
E-Mail : arcenciel@ecole-eckwersheim.fr

Dossier d'inscription pour l'année scolaire 2018/2019.

• Civilité de l'enfant :

NOM et PRENOM de L'ENFANT : _____ Classe à la rentrée 2018 : _____
DATE et LIEU de naissance : _____ SEXE : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
☎ Domicile : _____ E-mail : _____ @ _____

Le domicile indiqué est celui : des deux parents de la mère du père

• Civilité des parents :

① NOM et PRENOM : _____ ①PORT : _____
DATE et LIEU de naissance : _____
PROFESSION : _____ EMPLOYEUR : _____
VILLE EMPLOYEUR : _____ ☎ EMPLOYEUR : _____

② NOM et PRENOM : _____ ①PORT : _____
DATE et LIEU de naissance : _____
PROFESSION : _____ EMPLOYEUR : _____
VILLE EMPLOYEUR : _____ ☎ EMPLOYEUR : _____

SITUATION MATRIMONIALE : Mariés PACS Union libre
Célibataire Divorcé(e) Veuf (ve)

Responsable légal de l'enfant : Les deux parents la mère
le père autre : _____

• Pièce à joindre au dossier :

- ↪ Certificat d'assurance extra-scolaire
- ↪ Fiche sanitaire de liaison
- ↪ Fiche d'imposition 2018



• **Sécurité sociale :**

PERE	MERE
REGIME :	REGIME :
N° IMMATRICULATION :	N° IMMATRICULATION :
N° ALLOCATAIRE C.A.F. :	

• **Médecin traitant :**

Médecin traitant à prévenir en cas d'accident ou de maladie :

Dr _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 ☎ : _____

• **Informations complémentaires :**

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon/mes enfant(s) :

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher l'enfant. Ces personnes devront être majeures et présenter une carte d'identité.			
Nom et prénom	Liens de parenté	Adresse	☎

Cochez :

- J'autorise le transport de mon/mes enfant(s) par l'Arc-en-ciel.
- Mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique du sport
- J'autorise l'hospitalisation en cas d'urgence
- J'autorise mon/mes enfant(s) à rentrer seul.
- Mon enfant porte un appareil dentaire
- Mon enfant porte des lunettes
- Mon enfant porte un appareil auditif



• **Droit à l'image :**

L'Arc-en-ciel étant amené à diffuser des images de la structure et des enfants, sur différents supports, à des fins d'affichage sur site, de publication dans la presse locale ou encore d'information, il convient de recueillir expressément le consentement du représentant légal ou son opposition, par le biais du formulaire ci-dessous :

Je soussigné(e) _____ père / mère de l'enfant _____

J'autorise le droit à l'image de mon/mes enfant(s)

OU

Je refuse le droit à l'image de mon/mes enfant(s)

Cette autorisation, valable du 01/09/2018 au 31/07/2019, est révoquée à tout moment par lettre écrite adressée au directeur de l'Arc-en-ciel.

• **Période d'inscription pour le périscolaire :**

Les formules proposées sont les suivantes (cocher les cases correspondantes) :

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Midi + repas				
16h00 à 17h00 + Goûter				
17h00 à 18h15				
Atelier cartable				
Bricolage				
Activité selon planning		Expression corporelle <input type="checkbox"/>		Jeux collectifs <input type="checkbox"/>

Les inscriptions se faisant en fonction des places disponibles, toute réservation sera due si elle n'est pas décommandée 48h avant au plus tard.

Le mercredi :

Matin (à partir de 08h00)	Repas	Après-midi (jusqu'à 18h15)



- **Inscription pour l'A.L.S.H. pendant les vacances scolaires :**

Il s'agira d'inscrire votre/vos enfant(s) au plus tard une semaine avant le début des vacances.

Les inscriptions se faisant en fonction des places disponibles, toute réservation sera due si elle n'est pas décommandée la semaine précédente pour les petites vacances.

- **Autorisation parentale :**

Je soussigné(e) _ _ _ _ _ responsable légal, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon/mes enfant(s) _ _ _ _ _ à participer aux activités organisées par l'accueil de loisirs et l'accueil périscolaire.

Je certifie également avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Arc-en-ciel qui m'a été remis lors de l'inscription.

J'autorise le personnel de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures pour soigner mon/mes enfant(s) et pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin.

Fait à _ _ _ _ _ , le _ _ _ _ _

Signature des parents :

(Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »)

Renseignements : SCHMITT Alexandre 03.69.73.86.02 ou **07.86.80.27.26**

Mairie d'Eckwersheim 03.88.69.41.60

arcenciel@ecole-eckwersheim.fr



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES
Du DT polio	___/___/___
Du DT coq	___/___/___
Du Tétracoq	___/___/___
D'une prise polio	RAPPELS	___/___/___
			___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	DATES	VACCINS	DATES
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	___/___/___	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	___/___/___
.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : _____ N° DE TEL : _____ DOMICILE : _____ BUREAU : _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE ___/___/___
 DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

