

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES MUNICIPALES
Du 1^{ER} SEPTEMBRE 2024 AU 31 AOÛT 2025

PARENTS

NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Né(e) le :	Né(e) le :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
mail :	mail :
Téléphone :	Téléphone :
↳ Travail :	↳ Travail :
↳ Portable :	↳ Portable :
Situation familiale :	Situation familiale :
<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e)
<input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> célibataire

QUOTIENT FAMILIAL

Personnes bénéficiant des allocations familiales :
 CAF MSA Fonctionnaire autre :

Nom de l'allocataire :

N° d'allocataire :

Quotient familial : depuis le :

Personnes non allocataires (sur le dernier avis d'imposition) :

Revenu fiscal de référence : Nombre de parts :

Nombre d'enfant(s) à charge :

E N F A N T

NOM : Prénom :

Né(e) le Sexe : masculin féminin

Classe : Niveau : Nom de l'enseignant :

Sait-il nager ? oui non

PERSONNES A PREVENIR ET AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

- **NOM**, prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Lien de parenté :

- **NOM**, prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Lien de parenté :

- **NOM**, prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Lien de parenté :

- **NOM**, prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Lien de parenté :

AUTORISATIONS

↳ Autorise mon enfant à participer aux sorties : oui non

↳ Autorise mon enfant à rentrer seul (si + 7 ans) : oui non

↳ Autorise mon enfant à être photographié : oui non

↳ Autorise la publication des photos : oui non

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

1 – MEDECIN TRAITANT :

Nom, prénom :

Adresse :



2 – VACCINATIONS : Joindre une copie des pages du carnet de santé mentionnant les vaccinations de l'enfant.

SI L'ENFANT N'A PAS RECU LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il 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 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"/>	

ALLERGIE : Asthme : OUI NON
Alimentaire : OUI NON
Médicamenteuse : OUI NON
Autres

En cas d'allergie, précisez la conduite à tenir

A-t-il été effectué un P.A.I. (Projet d'Accueil Personnalisé) à l'école ?

oui non

L'enfant a-t-il un traitement médical continu à suivre durant l'accueil de loisirs?

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.

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE :

végétarien sans porc sans poisson autre :

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Indiquez ci-après, les difficultés de santé que vous souhaitez faire connaître à l'équipe d'animation (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre.

Précisez si votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

AUTORISE le personnel d'encadrement des différentes structures à prendre toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

DÉCLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES REGLES DE FONCTIONNEMENT définies pour les accueils de loisirs,

DOCUMENTS A FOURNIR :

- Attestation d'assurance responsabilité civile, extra-scolaire et individuelle accident
- Carnet de vaccinations
- pour les bénéficiaires d'allocations familiales : attestation de la CAF indiquant le quotient familial
- pour les personnes non-allocataires : dernier avis d'imposition ou de non-imposition que vous avez reçu (l'absence de pièce justificative entraînera l'application du tarif le plus élevé).

Fait à ARMBOUTS-CAPPEL, le

Signature,

AVIS AUX PARENTS



CANTINE SCOLAIRE : QUELQUES REGLES A RESPECTER

EXEMPLAIRE A COMPLETER ET A RETOURNER EN MAIRIE

Madame, Monsieur,

Vous allez inscrire votre(vos) enfant(s) au restaurant scolaire pour la nouvelle année scolaire. Nous vous remercions de bien vouloir prendre connaissance des consignes indiquées ci-dessous :

- complétez le plus précisément possible la fiche d'inscription ci-jointe et déposez-la en mairie au plus tard le jeudi précédant la prise du premier repas.

- la facturation des repas étant faite en Mairie, **toutes les réservations et/ou les absences doivent être signalées EN MAIRIE** soit :

- au guichet,
- par téléphone au 03.28.27.07.39
- par mail : mairie@mairiearmboutscappel.fr

même si vous avez, préalablement, prévenu les enseignantes.

Toute absence non signalée EN MAIRIE sera facturée et tout repas pris sans réservation sera doublement facturé.

Je soussigné (e).....

inscrit mon enfant (nom et prénom)

au service de restaurant scolaire à compter du

- tous les jours scolaires (lundi, mardi, jeudi et vendredi)
- des jours réguliers → précisez le(s) jour(s)

occasionnellement → Dans ce cas, la réservation doit être effectuée EN MAIRIE au plus tard le jeudi pour un repas pris dans le courant de la semaine suivante.

certifie avoir pris connaissance des règles d'inscription à la cantine scolaire et m'engage à les respecter.

Fait à ARMBOUTS-CAPPEL, le.....

Signature

AVIS AUX PARENTS

CANTINE SCOLAIRE : QUELQUES REGLES A RESPECTER

Madame, Monsieur,

Vous allez inscrire votre(vos) enfant(s) au restaurant scolaire pour la nouvelle année scolaire. Nous vous remercions de bien vouloir prendre connaissance des consignes indiquées ci-dessous :

- complétez le plus précisément possible la fiche d'inscription ci-jointe et déposez-la en mairie au plus tard le jeudi précédant la prise du premier repas.

- la facturation des repas étant faite en Mairie, **toutes les réservations et/ou les absences doivent être signalées EN MAIRIE** soit :

- au guichet,
- par téléphone au 03.28.27.07.39
- par mail : mairie@mairiearmboutscappel.fr

même si vous avez, préalablement, prévenu les enseignantes.

Toute absence non signalée EN MAIRIE sera facturée et tout repas pris sans réservation sera doublement facturé.

- Vous avez la possibilité d'inscrire votre(vos) enfant(s) soit :

- à l'année,
- des jours réguliers (tous les lundis ou mardis ...)
- ou occasionnellement. Dans ce cas, la réservation doit être effectuée EN MAIRIE au plus tard le jeudi pour un repas pris dans le courant de la semaine suivante.

EXEMPLAIRE A CONSERVER PAR LES PARENTS

GARDERIE PERISCOLAIRE

La garderie périscolaire accueille les enfants au sein du groupe scolaire Vérièpe-Ferry les lundi, mardi, jeudi et vendredi de 7h30 à 9h et de 16h30 à 18h30 (rez-de-chaussée de l'école primaire).

Tarifs 2024-2025 :



Quotient familial	Tarifs/1/4 heure
0 à 369 €	0.06 €
370 à 499 €	0.11 €
500 à 700 €	0.15 €
701 à 800 €	0.50 €
801 à 900 €	0.53 €
901 € et +	0.55 €

CANTINE SCOLAIRE

Tarifs 2024-2025 :

Quotient familial	Tarifs
0 à 499 €	0.80 €
500 à 900 €	0.90 €
901 à 1200 €	1.00 €
1201 € et +	3.60 €