

	<b>FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION ET DE LIAISON SERVICES RESTAURATION, PERISCOLAIRE, A.C.M.</b>	PRELEVEMENT AUTOMATIQUE <input type="checkbox"/> PLANNING <input type="checkbox"/> RESTAURATION SCOLAIRE <input type="checkbox"/> ALSH : MERCREDI <input type="checkbox"/> VACANCES <input type="checkbox"/> COPIE <input type="checkbox"/> SAISIE ADMINISTRATIVE <input type="checkbox"/> VERIFICATION DES SERVICES <input type="checkbox"/> DOSSIER COMPLET/A JOUR <input type="checkbox"/> (Cadre réservé à l'administration)

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

NOM Prénom :	Date de naissance :	Sexe : M / F
ECOLE : Maternelle <input type="checkbox"/> Elémentaire <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> ROQUEVAIRE CENTRE <input type="checkbox"/> PONT DE L'ETOILE <input type="checkbox"/> LASCOURS <input type="checkbox"/>		

**RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT**  
Un responsable au moins, correspondant aux renseignements administratifs

<b>Situation Familiale</b>	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Famille Reconstituée <input type="checkbox"/> Famille Monoparentale <input type="checkbox"/> Garde Alternée <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....
----------------------------	---

RESPONSABLE	CONJOINT/RESPONSABLE 2
Nom Prénom: .....	Nom Prénom: .....
Adresse: .....	Adresse: .....
Complément d'adresse: .....	Complément d'adresse: .....
CP Ville: .....	CP Ville: .....
Domicile: .....	Domicile: .....
Portable: .....	Portable: .....
Professionnel: .....	Professionnel: .....
Courriel: .....	Courriel: .....

**AUTRES PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

Nom: .....	Prénom: .....	: .....
Nom: .....	Prénom: .....	: .....
Nom: .....	Prénom: .....	: .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**Allergies médicamenteuses ou autres\*** :  OUI  NON, précisez la cause de l'allergie : .....  
**Allergies alimentaires\*** :  OUI  NON, précisez la cause de l'allergie : .....  
 \*Mise en place d'un PAI (projet d'accueil personnalisé) obligatoire.  
 L'enfant mange-t-il du porc :  OUI  NON  
**DT Polio (Copie du carnet de santé obligatoire)** Date du dernier rappel : .....

**AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné(e) M, Mme, ..... donne autorisation au responsable pour :

Prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Diffuser les photos et/ou vidéos de mon enfant pour l'usage suivant : archives, presse, plaquette de la Mairie, expositions, autres bulletins.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Inscrire mon enfant aux activités périscolaires (11h30-13h30)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Laisser mon enfant rentrer seul (e) à 17h30 (enfants d'élémentaire et collégiens uniquement)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Accéder à mon compte CAF sur CAFPRO pour connaître mon quotient familial CAF	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Transmettre mes coordonnées aux associations de parents d'élèves	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris **connaissance du règlement intérieur.**

Fait à Roquevaire, le ..... Signature du Responsable :

<sup>1</sup> Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 06/01/78, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Ce droit s'exerce auprès des services de la ville de Roquevaire traitant vos informations individuelles.

**AUTRES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES**

<b>RUBEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ANGINES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>RHUMATISME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OTITES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ASTHME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**COORDONEES DU MEDECIN TRAITANT**

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

☎ : .....

**Indiquez ci-après :** Les difficultés de santé, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations en précisant les dates et les précautions à prendre. ....

**Recommandations utiles des parents :** Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ? .....

**INSCRIPTIONS AUX SERVICES**

**veuillez cocher vos choix en fonction des jours de la semaine**

Jour	Garderie du matin (7h30 - 8h10)	Service de Restauration	Accueil du soir (16h30 - 17h30)
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mercredi	Matin/Repas* <input type="checkbox"/>	Repas/Après-midi* <input type="checkbox"/>	Journée <input type="checkbox"/>
----------	---------------------------------------	--	----------------------------------

\*(uniquement pour les 3/6 ans)

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Régime général Sécurité Sociale :  OUI  NON N° de Sécurité Sociale : .....

Autre régime :  MSA  EDF  SNCF  MARITIME  RSI  Autres, précisez : .....

N° CAF : ..... QF CAF : .....

Nom de la Compagnie d'assurance : .....  
N° de l'assurance Extrascolaire : .....

**QUOTIENT VILLE (réservé à l'administration)**

Revenu fiscal de référence N-1 de l'année-scolaire (sur revenus N-2) : .....€

Nombres de personnes au foyer : ..... QF Calculé : .....€

QF1 : 0 à 500€     QF2 : 501 à 800€     QF3 : 801 à 1200€     QF4 : 1201€ et plus

**PIECES A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION**

Avis d'imposition du foyer (année N-1)* <input type="checkbox"/>	Justificatif de domicile <input type="checkbox"/>
COPIES du livret de famille <input type="checkbox"/>	Justificatif de garde (si séparation) <input type="checkbox"/>
COPIE page vaccin du carnet de santé <input type="checkbox"/>	RIB (si mise en place prélèvement automatique) <input type="checkbox"/>

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS VALIDÉ**

L'inscription n'est définitive qu'après vérification du paiement de toutes les factures éditées

\* Se référer à l'année scolaire en cours : avis 2016 (revenus 2015) pour l'année 2017-2018... Sans cette pièce, le QF4 sera appliqué.