

FICHE D'INSCRIPTION (1 PAR ENFANT) - BELLENAVES

ACCUEILS PERISCOLAIRES - ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

Document à rendre avant le 6 Septembre auprès des animatrices ou à l'association VIVA SIOULE

NOM & PRENOM de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Je soussigné(e) _____ déclare inscrire mon enfant
à l'accueil périscolaire proposé par l'association VIVA SIOULE, Centre social.

Inscription type : *Mettre des croix dans les cases correspondantes	Lundi*	Mardi*	Jeudi*	Vendredi*
Gestion VIVA SIOULE				
Accueils périscolaires matin (7h30 – 8h30)				
Accueils périscolaires soir (16h00 – 18h30)				
Transport scolaire - Gestion Municipale				
BUS - Accueil périscolaire de 16h à 17h (16h30 le vendredi)				

AUTORISATIONS PARENTALES

Votre enfant partira seul après l'Accueil Périscolaire :

Oui (L'association VIVASIOULE se dégage de toutes responsabilités)

Non

Votre enfant prendra le transport scolaire, organisé par la mairie de Bellenaves :

Oui

Non

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____ ☎ : _____

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

◆ _____ ☎ : _____
◆ _____ ☎ : _____
◆ _____ ☎ : _____

En qualité d'association Loi 1901, la participation à l'ensemble des activités de l'association est soumise à l'adhésion au projet associatif. Le montant de la cotisation familiale est fixé chaque année par l'Assemblée Générale.

L'association VIVA SIOULE se réserve le droit de refuser une inscription en cas de non-paiement des factures précédentes et de l'adhésion à l'association.

L'accueil périscolaire est ouvert les jours de fonctionnement de l'école aux horaires indiqués. Les horaires d'ouverture et de fermeture doivent être respectés par les parents. En cas de non respect, un dépassement horaire sera facturé. L'accueil périscolaire est un lieu d'animation collective. L'aide aux devoirs ne pourra être effectué sur ces temps d'animation.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, fourni avec la fiche familiale de renseignements.

Fait à _____, le _____

Signature des parents :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez nous contacter à l'adresse ci-dessous.



Vivre - Initier - Valoriser - Animer

Organisateur : Mairie de Bellenaves

Gestionnaire du service : Association VIVA SIOULE

17 Place de la gare - 03450 EBREUIL - Tél : 04.70.90.74.80

Email : contact@vivasioule.fr - www.vivasioule.centres-sociaux.fr



Bellenaves



FICHE SANITAIRE - ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021 (1 PAR PERSONNE)

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom & Prénom : _____ Date de naissance : _____

Nom du responsable de l'enfant : _____

Nom et téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Nom et coordonnées du médecin de famille : _____



VACCINATIONS DE L'ENFANT

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Polyomyélite				Coqueluche	
- Ou DT polio				Autres (à préciser)	
- Ou Tétracoq					
BCG					

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole Varicelle Angines Rhumatismes Scarlatine Otites Rougeole Oreillons Coqueluche

L'enfant a-t-il des allergies : Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : _____

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

Autres difficultés de santé (maladies, accidents, opérations...) : _____

TRAITEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement ? Oui Non Lequel ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement durant sa présence dans la structure, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance du médecin.

RECOMMANDATIONS DIVERSES DES PARENTS

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

Fait à _____, le _____ Signature des parents :



Vivre - Initier - Valoriser - Animer

Association VIVA SIOULE, Centre Social - 17 place de la gare—03450 EBREUIL
04 70 90 74 80 - contact@vivasioule.fr - www.vivasioule.centres-sociaux.fr

