



NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
ECOLE \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

**VILLE D'HERSIN COUPIGNY**

Tél Mairie : 03 21 63 73 20  
Tél service scolaire : 03 21 63 78 82

**SERVICES CANTINE SCOLAIRE – ACCUEIL PERISCOLAIRE DU  
MATIN ET DU SOIR – ACCUEIL DE LOISIRS DES MERCREDIS ET  
T.A.P.**

**DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE  
POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2016/2017**

**Les dossiers sont à rendre à la mairie aux heures d'ouvertures.**

**ATTENTION : TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE  
ET L'ENFANT NE POURRA ETRE ACCUEILLI**

**PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION  
(1 dossier par enfant) :**

- Une attestation d'assurance en cours de validité (**année scolaire 2016/2017**)
- La fiche sanitaire dûment remplie
- les photocopies du carnet de vaccination
- Un certificat détaillé en cas d'allergie ou de problèmes de santé suivi d'un Projet d'Accueil Individualisé. Les parents engagent leur responsabilité lorsqu'ils ne signalent pas les problèmes de santé de leurs enfants (cf : fiche sanitaire)
- les plannings de fréquentation de la cantine scolaire, des accueils périscolaires, accueil de loisirs des mercredis et des TAP.

**Cadre réservé au service :**

**Enfant inscrit :**

Cantine

Accueil de loisirs du mercredi

Accueil périscolaire : Matin

Soir

T.A.P.



## AUTORISATIONS ET ATTESTATION SUR L'HONNEUR

### ➤ AUTORISATION PARENTALE :

J'autorise mon enfant .....( NOM, Prénom de l'enfant)

à repartir avec les personnes autorisées suivantes :

NOM Prénom _____	Tel : _____	lien avec l'enfant : _____
NOM Prénom _____	Tel : _____	lien avec l'enfant : _____
NOM Prénom _____	Tel : _____	lien avec l'enfant : _____

### ➤ DROIT A L'IMAGE :

Je soussigné(e) ..... père, mère, tuteur (rayer la mention inutile) de l'enfant, autorise la commune d'HERSIN COUPIGNY à photographier ou filmer mon enfant durant le temps de fréquentation des services cantine et accueils périscolaires, de loisirs et des TAP et à utiliser son image dans des supports d'activités, d'information et de communication (site internet, Trait d'union).

### ➤ AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE :

Je soussigné(e) ..... père, mère, tuteur (rayer la mention inutile) de l'enfant, autorise la commune d'HERSIN COUPIGNY à prévenir les services d'urgence et à prendre les mesures nécessaires dans l'intérêt de l'enfant, si l'état de santé l'exige.

En cas d'urgence, prévenir en priorité :

NOM et prénom : ..... Tel : .....

Nom et coordonnées du médecin traitant : .....

### ➤ ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ET CORPORELLE

J'atteste avoir contracté une assurance responsabilité civile, **en cours de validité**.

Compagnie : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_

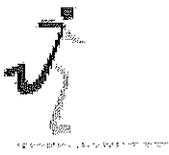
### ➤ AUTORISATION DE DEPLACEMENT :

- A pied
- Minibus
- Bus

*J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la mairie de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...).*

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

signature :



ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARCON  FILLE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

A remplir obligatoirement

2 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical? 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 ?

Table with 5 rows and 5 columns for diseases: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SOURLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS. Each cell contains 'OUI' and 'NON' checkboxes.

ALLERGIES : ASTHME oui  Non  MÉDICAMENTEUSES oui  non  ALIMENTAIRES oui  AUTRES : .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

Series of horizontal dotted lines for writing the cause of allergy and management.



Nom Prénom..... Ecole..... Classe.....

**Fiche d'inscription année scolaire  
2016/2017**

**INSCRIPTION AUX TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES (T.A.P.)**

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  jours fixes durant toute l'année scolaire

(Possibilité d'annuler des jours par courrier ou par mail)

**INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MATIN ET DU SOIR : (attention sous accord écrit : places limitées)**

JOURS	MATIN	SOIR
LUNDI		
MARDI		
MERCREDI		
JEUDI		
VENDREDI		

Cadre réservé au service :  
ACCORD MAIRIE :  
OUI ou LISTE D'ATTENTE

**INSCRIPTION A LA CANTINE SCOLAIRE : (attention sous accord écrit : places limitées)**

Choix de la formule de restauration :

Cadre réservé au service :  
ACCORD MAIRIE :  
OUI ou LISTE D'ATTENTE

REGULIERS : LUNDI – MARDI – JEUDI – VENDREDI (entourer les jours souhaités)

OCCASIONNELLE : planning mensuel à compléter et retourner en mairie le 25 de chaque mois pour le mois suivant

EXCEPTIONNELLE (sous réserve de place disponible)

**ATTENTION : pour la rentrée du lundi 1<sup>er</sup> septembre 2016, vous devrez obligatoirement régler la cantine de votre enfant la semaine du 22 au 26 août 2016. En l'absence du règlement l'inscription ne sera pas validée.**

**INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS DES MERCREDIS (à l'année) : nombre de places limitées**  
(Possibilité d'annuler des mercredis par courrier ou par mail, le lundi 17H dernier délai)

- OUI  
 NON