

maisondelenfance@coarraze.fr

FICHE de RENSEIGNEMENTS 2019/2020

OBLIGATOIRE POUR TOUT ENFANT FREQUENTANT LA MAISON DE L'ENFANCE en **accueil EXTRASCOLAIRE** ou **PERISCOLAIRE** (matin, restauration scolaire, après la classe et mercredi)

ENFANT :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / ____ / _____ Classe : _____

Nom prénom	Père :	Mère :
Date de naissance		
Adresse de la facturation		
Adresse mail		
Numéro d'allocataire CAF/MSA OBLIGATOIRE		
Profession et nom de l'employeur		
Tél en cas d'accident ou d'urgence (IMPERATIF)	<u>Dom :</u> <u>Port :</u> <u>Tel lieu de travail :</u>	<u>Dom :</u> <u>Port :</u> <u>Tel lieu de travail :</u>

En cas de séparation, précisez qui exerce la garde de l'enfant (joindre photocopie du jugement)

Etes-vous :

Bénéficiaire de « l'Aide au Temps Libre » de la CAF de Pau Joindre le justificatif	OUI	NON
COARRAZIEN : bénéficiaire du tarif B ? Voici la formule pour savoir si vous pouvez prétendre au tarif B : Revenu imposable/nombre de part = quotient familial qui doit être inférieur ou égal à 4419 euros Si cela est le cas, merci de joindre au dossier la copie de votre avis d'imposition	OUI	NON
Votre enfant est-il scolarisé à l'école de Coarraze	OUI	NON

Documents obligatoires à joindre impérativement au dossier d'inscription

- FICHE SANITAIRE (ci-jointe à compléter)
- PHOTOCOPIE ASSURANCE à fournir (responsabilité civile et individuelle accident pour les activités périscolaires et extra scolaires)

AUTORISATIONS (entourer les mentions utiles)

- J'autorise le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe : **oui non**
 - J'autorise le personnel à photographier ou filmer mon enfant dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement : **oui non**
 - J'autorise le personnel à administrer à mon enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance :
oui non
 - J'autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisations) : **oui non**
 - J'autorise mon enfant mineur âgé d'au moins 11 ans à rentrer seul après les activités : **oui non**
- Si oui, fournir une autorisation écrite précisant les jours et l'heure de départ.**

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

L'état de santé de mon enfant fait l'objet d'un **P.A.I.** (Projet d'Accueil Individualisé) au sein de son école : **oui non**

Si **OUI**, une trousse à pharmacie au nom de l'enfant, contenant une copie de l'ordonnance du médecin, les médicaments (non périmés) nécessaires au traitement en cas d'urgence vitale, devra être transmise à la Maison de l'Enfance.

COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Mon enfant fait l'objet d'une **allergie alimentaire ou d'une contre indication**, en référence au règlement intérieur **un repas et un goûter dans un container isotherme et réfrigéré** seront fourni par mes soins.
Il lui sera servi de l'eau en carafe et le pain. Si toutefois vous ne le souhaitiez pas nous vous demandons de le noter en toute lettre ci après.

.....
.....

Mon enfant mange du porc **oui non**

Mon enfant mange de la viande **oui non**

BAIGNADE

Des sorties et activités baignades seront prévues au cours de l'année.

Si votre enfant ne sait pas nager, des brassards gonflables seront à fournir par vos soins ou des ceintures de sécurité seront fournies par la piscine.

Si votre enfant sait nager, merci de fournir l'attestation ou le diplôme signé d'un MNS.

Mon enfant repartira avec moi-même ou avec une des personnes (majeures) dont la liste suit :

<i>Nom</i>	<i>Prénom</i>	<i>Numéro de téléphone</i>	<i>Lien de parenté ou amis</i>

J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à _____, le :

Signature des parents