



DOSSIER PÉRI ET EXTRA SCOLAIRE 2024/2025

Réservé au service
Date de retour :

La date limite de retour des dossiers est le 19 juillet 2024

**ÉCOLE POUR L'ANNÉE
2024/2025**

☐ Clavel ☐ Dolto ☐ P-E Victor ☐ Prévert
☐ Rollet ☐ Rousseau ☐ Richebourg

**NIVEAU POUR
L'ANNÉE 2024/2025**

☐ TPS ☐ PS ☐ MS ☐ GS
☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐ ULIS
☐ Vacances et mercredis

MON ENFANT

Nom

Prénom

Sexe

Né·e le

Lieu de naissance

Pays :

Autorité parentale

☐ Conjointe ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre

Garde de l'enfant

☐ Conjointe ☐ Mère ☐ Père ☐ Garde partagée ☐ Autre

ENFANT À BESOINS SPÉCIFIQUES :

Votre enfant bénéficie-t-il ou va-t-il bénéficier d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?> ☐ oui ☐ non

Si oui, il est obligatoire de le fournir au moment de l'inscription

Votre enfant fait-il l'objet d'une notification MDPH ?> ☐ oui ☐ non

Votre enfant bénéficie de l'AEEH ?> ☐ oui ☐ non

Si oui, merci de nous la fournir au moment de l'inscription

RESPONSABLE LÉGAL 1 (Parent 1)

Nom

Prénom

Lien avec l'enfant

Date et lieu de naissance

Né·e le / / à

Pays :

Adresse

Téléphone Portable

Téléphone fixe

Mail

Situation familiale

☐ célibataire ☐ marié·e ☐ pacsé·e ☐ vie maritale
☐ divorcé·e ☐ séparé·e ☐ veuf·ve

Situation professionnelle

☐ en activité ☐ en recherche d'emploi ☐ étudiant·e ☐ autre

Employeur

Tél employeur :

CONJOINT DU RESPONSABLE LÉGAL 1 (si différent du responsable légal 2)

Nom

Prénom

Téléphone portable

Situation professionnelle

☐ en activité ☐ en recherche d'emploi ☐ étudiant·e ☐ autre

Employeur

Tél employeur :

RESPONSABLE LÉGAL 2 (Parent 2)

Nom		Prénom	
Lien avec l'enfant			
Date et lieu de naissance	Né-e le	/	/
		à	Pays :
Adresse (si différente)			
Téléphone Portable		Téléphone fixe	
Mail			
Situation familiale	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié·e <input type="checkbox"/> pacsé·e <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> divorcé·e <input type="checkbox"/> séparé·e <input type="checkbox"/> veuf·ve		
Situation professionnelle	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> en recherche d'emploi <input type="checkbox"/> étudiant·e <input type="checkbox"/> autre		
Employeur		Tél employeur :	
CONJOINT DU RESPONSABLE LÉGAL 2 (si différent du responsable légal 1)			
Nom		Prénom	
Téléphone portable			
Situation professionnelle	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> en recherche d'emploi <input type="checkbox"/> étudiant·e <input type="checkbox"/> autre		
Employeur		Tél employeur :	

FICHE AUTORISATION DE MON ENFANT

Personnes habilitées à venir récupérer mon enfant (en dehors des responsables légaux)

NOM		NOM		NOM	
Prénom		Prénom		Prénom	
Téléphone		Téléphone		Téléphone	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	

Départ après l'accueil périscolaire du soir (uniquement pour les enfants d'école élémentaire)

J'autorise mon enfant à partir seul à la fin de l'accueil du soir : ☐ Oui à 18h30 ☐ Non

Si oui, quels jours ? ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

Régime alimentaire

Je souhaite que mon enfant mange : ☐ Tous les aliments ☐ Sans viande occasionnelle ☐ Ni viande, ni poisson

Autorisations globales

Autorisation de sortie : Mon enfant peut participer aux sorties organisées par l'accueil de Loisirs de mon enfant. Je serai prévenu·e au préalable des sorties, notamment celles nécessitant un moyen de transport.
☐ Oui ☐ Non

Autorisation de publication: À l'occasion de sortie ou d'activités pédagogiques, il se peut que mon enfant soit photographié pour publication papier au sein de l'accueil de loisirs, ou filmé pour utilisation d'un support pédagogique. Je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications. En cas de publication sur un média (internet, réseaux sociaux, presse...), une autorisation écrite vous sera demandée.
☐ Oui ☐ Non

Autorisation d'hospitalisation : Si injoignable je donne pouvoir au responsable de l'Accueil de Loisirs de faire pratiquer des examens médicaux et ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.
☐ Oui ☐ Non

Autorisation d'intervention chirurgicale: Si injoignable par le service hospitalier, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin l'anesthésie de mon enfant au cas où il aurait à subir une intervention chirurgicale.
☐ Oui ☐ Non

FICHE SANITAIRE DE MON ENFANT 2024-2025

Ce document sera transmis aux équipes d'animation sur site.
Il permet de leur délivrer les informations nécessaires à une prise en charge de votre enfant en toute sécurité

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES : Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP) Date du dernier vaccin fait :				/	/
AUTRES VACCINS <i>si votre enfant (né avant 2018) n'a pas été vacciné, merci de joindre un certificat médical de non contre-indication</i>	OBLIGATOIRES pour les enfants nés à partir de 2018	Oui	Non	Date des derniers rappels	
	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/
	Rougeole – Oreillons – Rubéole (ROR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/
	Haemophilus influenzae de type B (HIB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/
	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/
	Méningocoque C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/
	Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

ALLERGIES (si allergie joindre un certificat médical, précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir)		Oui	Non	Si oui, Précisez :
	Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Allergies médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autres allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le mineur présente-t-il un problème de santé :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, Précisez ci-dessous:

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Porte des lunettes, des lentilles de contact, un appareil dentaire ou auditif ...
Comportement, difficultés de sommeil, gestion des émotions...

Médecin traitant (facultatif) : Nom :  - - - -

INSCRIPTIONS

☐ **RÉGULIÈRE** ☐ **OCCASIONNELLE**

ALSH PÉRISCOLAIRE

Matin 7h15-8h20	<input type="checkbox"/> LUNDI	<input type="checkbox"/> MARDI	<input type="checkbox"/> JEUDI	<input type="checkbox"/> VENDREDI
Fin de matinée 11h30-12h15 (sans repas)	<input type="checkbox"/> LUNDI	<input type="checkbox"/> MARDI	<input type="checkbox"/> JEUDI	<input type="checkbox"/> VENDREDI
Début d'après-midi 13h-13h20 (sans repas)	<input type="checkbox"/> LUNDI	<input type="checkbox"/> MARDI	<input type="checkbox"/> JEUDI	<input type="checkbox"/> VENDREDI
Restauration 11h30-13h20 (avec repas)	<input type="checkbox"/> LUNDI	<input type="checkbox"/> MARDI	<input type="checkbox"/> JEUDI	<input type="checkbox"/> VENDREDI
Soir 16h30-18h30	<input type="checkbox"/> LUNDI	<input type="checkbox"/> MARDI	<input type="checkbox"/> JEUDI	<input type="checkbox"/> VENDREDI


RÉSERVATION DES ACTIVITÉS MERCREDIS ET EXTRASCOLAIRES

Pour toute réservation pour les mercredis, les petites et grandes vacances,
contactez le service Pôle Enfance.

**Pour rappel, les inscriptions se font
au plus tard le mercredi 17h00 précédant la semaine de présence de votre enfant.**

N°allocataire CAF : Merci de fournir votre numéro CAF. À défaut le tarif maximum sera appliqué. <input type="checkbox"/> Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> Responsable légal 2 <input type="checkbox"/> J'accepte que mon quotient familial soit consulté sur l'espace famille de la CAF. Si vous ne souhaitez pas que l'on consulte votre quotient familial, veuillez cocher la case ci-dessous : <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas transmettre mon quotient familial ; le tarif maximal me sera appliqué.
	N° Police d'assurance N° Compagnie d'assurance :

FACTURATION DES ACCUEILS PÉRISCOLAIRES / EXTRASCOLAIRES, PRÉCISEZ QUI EST LE PAYEUR :	
<input type="checkbox"/> Responsable légal 1 ou conjoint domicilié dans le même foyer <input type="checkbox"/> Responsable légal 2 ou conjoint domicilié dans le même foyer. <input type="checkbox"/> Facturation partagée : joindre un courrier signé des 2 responsables légaux ou une ordonnance du juge. <input type="checkbox"/> Tiers (organismes, autre personne ...) : joindre une attestation de prise en charge.	
MODE DE PAIEMENT ET TARIFICATION	
<p align="center">Les factures sont à régler au Trésor Public en suivant les modalités figurant sur votre facture (sauf pour les personnes ayant opté pour le prélèvement bancaire).</p> <p>Prélèvement bancaire : <input type="checkbox"/> oui (Merci de joindre un RIB) <input type="checkbox"/> non</p>	

Pièces à joindre au dossier*  En cas d'absence des pièces obligatoires, l'inscription ne pourra pas être validée.	Photocopie du carnet de vaccination (carnet de santé)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui Partie réservée au service du Pôle Enfance
	Attestation d'assurance valide (<i>en plus de celle de l'école</i>)	
	Règlement Intérieur lu, approuvé et <u>signé</u>	
	Relevé d'Identité Bancaire (le cas échéant / si changement)	

* Possibilité de déposer les pièces à joindre en ligne sur votre espace personnalisé et sécurisé du portail famille : ecla.portail-familles.net

Nous soussigné-e-s : et certifions sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées sur ce document (fiche sanitaire, autorisations ...) et nous engageons à signaler tout changement au sein du Pôle Enfance de la ville de Lons-le-Saunier, À le/...../20..... Signature des responsables légaux :

PÔLE ENFANCE DE LA VILLE DE LONS LE SAUNIER	
 4, avenue du 44 ^e RI 39 000 Lons le Saunier	 03 84 47 88 17  alshmairie@lonslesaunier.fr

