

Ville de
Lons le Saunier

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	<input type="checkbox"/> Clavel <input type="checkbox"/> Dolto <input type="checkbox"/> P-E Victor <input type="checkbox"/> Prévert <input type="checkbox"/> Rollet <input type="checkbox"/> Rousseau <input type="checkbox"/> Richebourg
NIVEAU POUR L'ANNÉE 2024/2025	<input type="checkbox"/> TPS <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2 <input type="checkbox"/> ULIS <input type="checkbox"/> Vacances et mercredis

MON ENFANT

Nom				
Prénom				
Sexe				
Né·e le				
Lieu de naissance	Pays :			
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Conjointe	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Autre
Garde de l'enfant	<input type="checkbox"/> Conjointe	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé·e	<input type="checkbox"/> marié·e <input type="checkbox"/> séparé·e	<input type="checkbox"/> pacsé·e <input type="checkbox"/> veuf·ve	<input type="checkbox"/> vie maritale
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 1 (si différent du responsable légal 2)

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 :		

RESPONSABLE LÉGAL 2 (Parent 2)

Nom		Prénom		
Lien avec l'enfant				
Date et lieu de naissance	Né·e le / / à	Pays :		
Adresse (<i>si différente</i>)				
Téléphone Portable		Téléphone fixe		
Mail				
Situation familiale	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé·e	<input type="checkbox"/> marié·e <input type="checkbox"/> séparé·e	<input type="checkbox"/> pacsé·e <input type="checkbox"/> veuf·ve	<input type="checkbox"/> vie maritale
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	OBLIGATOIRES pour les enfants nés à partir de 2018
<i>si votre enfant (né avant 2018) n'a pas été vacciné, merci de joindre un certificat médical de non contre-indication</i>	Coqueluche <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> / /
	Rougeole – Oreillons – Rubéole (ROR) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> / /
	Haemophilus influenzae de type B (HIB) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> / /
	Hépatite B <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> / /
	Méningocoque C <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> / /
	Pneumocoque <input type="checkbox"/> <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	
Allergies médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Autres allergies	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Le mineur présente-t-il un problème de santé :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 précédent la semaine de présence de votre enfant.

N°allocataire CAF : <input type="checkbox"/> Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> Responsable légal 2
Merci de fournir votre numéro CAF. À défaut le tarif maximum sera appliqué.	<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 :

- Responsable légal 1** ou conjoint domicilié dans le même foyer
- Responsable légal 2** ou conjoint domicilié dans le même foyer.
- Facturation partagée** : joindre un courrier signé des 2 responsables légaux ou une ordonnance du juge.
- Tiers** (organismes, autre personne ...) : joindre une attestation de prise en charge.

MODE DE PAIEMENT ET TARIFICATION

**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).

Prélèvement bancaire : oui (Merci de joindre un RIB) non

Pièces à joindre au dossier*  <small>En cas d'absence des pièces obligatoires, l'inscription ne pourra pas être validée.</small>	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

