



DOSSIER UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS (renouvellement)
Restauration scolaire, Accueils Périscolaires et Accueil de loisirs

**ANNEE
2019-2020**

Vous trouverez sur la fiche enfant, les dernières coordonnées relatives à votre famille enregistrées par notre service. (Adresse, numéros de téléphones et personnes à contacter et ou autorisées à venir chercher vos enfants, ainsi que les renseignements concertants leurs conditions d'accueil). Nous vous invitons à vérifier ces informations et si nécessaire nous faire part des changements, en vous présentant au Pôle Enfance, Jeunesse.

Merci

MISE A JOUR DES INSCRIPTIONS POUR L'ANNEE 2019-2020

VOS ENFANTS (la dénomination des enfants devra rester la même pour toutes les inscriptions.)

	NOM	PRENOM	ETABLISSEMENT SCOLAIRE	CLASSE	BILINGUE	UNILINGUE
Enfant 1						
Enfant 2						
Enfant 3						
Enfant 4						

RESTAURATION SCOLAIRE

- Repas sans porc Repas végétariens PAI lié à un trouble de santé (fournir la copie du PAI signé)

Inscription régulière	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Enfant 1				
Enfant 2				
Enfant 3				
Enfant 4				

Inscription occasionnelle	
Enfant 1	
Enfant 2	
Enfant 3	
Enfant 4	

Pour les enfants qui mangent de manière occasionnelle, merci d'utiliser le Portail Famille ou de prévenir les référents cantine le jeudi avant 17 h 00. Toutes demandes effectuées après ce délai ne pourront être prises en compte.

ACCUEILS PERISCOLAIRES

	MATIN				SOIR			
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Inscription régulière								
Enfant 1								
Enfant 2								
Enfant 3								
Enfant 4								

Inscription occasionnelle	MATIN	SOIR
Enfant 1		
Enfant 2		
Enfant 3		
Enfant 4		

ACCUEIL DE LOISIRS

INSCRIPTION REGULIERE : MERCREDIS

	Journée complète	Matin sans repas	Matin avec repas	Après-midi sans repas	Après-midi avec repas
Enfant 1					
Enfant 2					
Enfant 3					
Enfant 4					

- Tous les mercredis du ___/___/20__ au ___/___/20__



Occasionnellement (Merci d'utiliser le Portail Famille ou de contacter l'accueil de loisirs à centredeloisirs@mairiedeciboure.com)

Pour les vacances scolaires (Merci d'utiliser le Portail Famille ou de contacter l'accueil de loisirs à centredeloisirs@mairiedeciboure.com)

Je soussigné, père, mère, tuteur (*Rayer les mentions inutile*):

1) Déclare :

► Inscrire mon (mes) enfant(s) cité(s) précédemment

- Aux accueils périscolaires (matin avant la classe et/ou le soir après la classe)
 A l'Accueil de Loisirs sans Hébergement/Espace Jeunes,
 A la restauration scolaire,

► Accepter le règlement intérieur.

La Direction du Pôle Enfance Jeunesse et Sport s'autorise à apporter des modifications de programmes. Les tarifs sont fixés par délibération du conseil municipal.

Fait à : _____ le _____

Signature du Responsable légal

Gestion des informations contenues dans le dossier

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre au pôle Enfance, Jeunesse et Sport à l'instruction des déclarations. Elles sont destinées aux personnels du pôle. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant au guichet unique : 7 place Camille Jullian, 64500 Ciboure.

Cadre réservé à l'administration :

Aide au Temps Libre : oui non

Critères Admission : Résident Grands-parents Scalarisé à Ciboure Hors commune (Urrugne) Autre

Nom de l'école(s) _____



ENFANCE-JEUNESSE-SPORT

Photo Obligatoire

Accueil de Loisirs Sans Hébergement Accueils périscolaires / Restauration scolaire

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ACTIVITES et
SEJOURS
ANNEE SCOLAIRE
2019 -2020

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON FILLE

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Infections à Papillomavirus	
		Autres (à préciser)	

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

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant suit un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs : remettre à la direction 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 administrer sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? (à titre indicatif)

	Angine	Coqueluche	Oreillons	Otite	Rhumatisme articulaire aigu	Rougeole	Rubéole	Scarlatine	Varicelle
OUI									
NON									

ALLERGIES :

	ASTHME	ALIMENTAIRES	MEDICAMENTEUSES	AUTRES
OUI				
NON				

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR : (Si PAI (projet d'accueil individualisé) en cours joindre le protocole et toutes informations utiles)

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE (joindre une ordonnance du médecin).
.....
.....

3 - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il ?	Des lentilles	Des lunettes	Des prothèses auditives	Un appareil dentaire
OUI				
NON				

au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)
.....

4- AUTORISATIONS

	OUI	NON
J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :		
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées		
Autorisation de transport en véhicule de service et car de location		

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant NOM(enfant)
..... PRÉNOM (enfant)ADRESSE.....
.....TÉL: BUREAU déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :