

**NOM PRÉNOM DE L'ENFANT :** .....

**CLASSE DE RENTRÉE :** .....

Commune de Charavines  
DOSSIER PERISCOLAIRE et EXTRASCOLAIRE  
Année 2021-2022

Accueils périscolaires : matin, midi et soir

Accueils extrascolaires : Mercredis, petites et grandes vacances

**DOSSIER A RENDRE COMPLET**

**OBLIGATOIREMENT POUR CHAQUE ENFANT**

**Dans la boîte aux lettres de  
La Mairie de CHARAVINES  
Avant le vendredi 21 mai**

(Pour les nouvelles familles ;

**A la réception du dossier un code abonné vous sera envoyé pour ensuite  
Effectuer vos demandes d'inscriptions via votre portail famille sur notre site BL Enfance)**

Réservé à l'administration

DOSSIER :

- Fiche INDIVIDUELLE (1 par enfant) à remplir et à signer
- Fiche d'AUTORISATION à remplir et à signer
- REGLEMENT intérieur et FONCTIONNEMENT à lire et à conserver

**DOCUMENTS A SCANNER : à scanner directement sur  
BL ENFANCE via votre portail famille**

- La dernière notification CAF ou MSA **OBLIGATOIRE**
- Si vous n'êtes pas allocataire, avis d'imposition 2020 des deux parents
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accident extrascolaire  
au nom de l'enfant ( en septembre le cas échéant)
- Copie du vaccin DT Polio à jour et copie du PAI 2021/2022 pour les enfants concernés

Toutes les réservations se feront sur BL ENFANCE via votre  
portail famille.

(Dans le guide des familles vous trouverez une procédure d'accompagnement qui vous aidera dans votre démarche)

**FICHE D'AUTORISATIONS**  
**Année 2021/2022**  
**Accueils Périscolaires et extrascolaires**

**Fiche d'autorisations parentales et d'engagement au respect du règlement des différents accueils.**

Je soussigné(e) : Monsieur/Madame .....

Responsable de l'enfant :

Nom : .....

Prénoms : .....

**Autorise :**

M./Mme ..... Tél : ..... Lien de parenté : .....

M./Mme ..... Tél : ..... Lien de parenté : .....

M./Mme ..... Tél : ..... Lien de parenté : .....

M./Mme ..... Tél : ..... Lien de parenté : .....

M./Mme ..... Tél : ..... Lien de parenté : .....

A récupérer mon enfant

- A l'accueil périscolaire OUI  NON
  - A l'accueil extrascolaire\* OUI  NON
- \*(Mercredis, petites vacances, été)

Frères et sœurs de 10 ans et plus autorisés à venir chercher l'enfant :

.....

**Autorise**

**n'autorise pas** mon enfant (seulement pour les + de 6 ans) à quitter seul(e) :

- L'accueil périscolaire OUI  NON  Heure de départ .....
- L'accueil extrascolaire OUI  NON  Heure de départ .....

**Autorise**

**n'autorise pas**

Le responsable de l'accueil périscolaire, ou extrascolaire à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (transport, hospitalisation, intervention d'un médecin...) La famille sera aussitôt prévenue.

**Autorise**

**n'autorise pas**

Toutes sorties extérieures, ou transport pour une activité organisée et encadrée par l'équipe d'animation.

**Droit à l'image : autorise**

**n'autorise pas**

expressément, en votre qualité de représentant légal de l'enfant dénommé ci-dessus, la Commune de Charavines ainsi que les ayant droits (tels que responsables périscolaire ou extrascolaire, animateurs, partenaires, médias, ...) à prendre des photos et à utiliser, à reproduire (en totalité ou partie), à exploiter les images sur lesquelles pourraient apparaître votre enfant mineur, prises à l'occasion de sa participation aux différents temps d'accueil périscolaires, ou extrascolaires sur tous supports, fixes ou audio-visuels

**Atteste** avoir pris connaissance du règlement de l'accueil périscolaire et extrascolaire, et je m'engage à le respecter.

**Certifie** exacts les renseignements fournis sur la fiche individuelle de l'enfant et m'engage à signaler tous changements de coordonnées ou autre.

Fait à .....le.....

Signature (préciser nom et prénom du signataire) précédée de la mention « lu et approuvé ».

 **Merci d'écrire en lettre majuscules**

**ENFANT**

NOM : ..... PRENOM .....

Date de naissance ...../...../..... Lieu de naissance ..... sexe : M  F

Régime Allocataire (CAF, MSA..) ..... Allocataire\* : Père - Mère - N°CAF..... QF .....

Ecole maternelle  Ecole primaire  Ecole St Joseph  Extérieur  Classe de rentrée .....

Assurance Responsabilité civile souscrite auprès de ..... N° contrat.....

N° de sécurité sociale auquel est affilié l'enfant .....

Nombre de frères et sœurs .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Joindre la page vaccin DTP ou assimilé du carnet de santé de votre enfant en y inscrivant son nom et prénom.

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES        | DATES DES DERNIERS RAPPELS |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Diptérie             |     |     |                            | Coqueluche                 |                            |
| Tétanos              |     |     |                            | Hépatite B                 |                            |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |                            |
| <b>Ou</b> DT Polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |                            |
| <b>Ou</b> Tétracoq   |     |     |                            | BCG                        |                            |

SI LE MINEUR N'A PAS LE VACCIN OBLIGATOIRE JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

| Maladies     |              | Allergies        | Difficultés de santé | Traitement Médical |
|--------------|--------------|------------------|----------------------|--------------------|
| o Angine     | o Rougeole   | o Alimentaire    |                      |                    |
| o Coqueluche | o Rhumatisme | o Asthme         |                      |                    |
| o Oreillons  | o Otite      | o Médicamenteuse |                      |                    |
| o Rubéole    | o Scarlatine | o Autre          |                      |                    |
| o Varicelle  |              | o Maquillage     |                      |                    |

En dehors du P.A.I. aucun traitement médical ne sera administré, (même avec une ordonnance).

**Autres renseignements que vous souhaitez nous communiquer concernant votre enfant**

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire **SANS PORC**  OUI  NON **SANS VIANDE**  OUI  NON

Port de lunettes  de lentilles  d'appareils dentaires ou auditifs  comportement de l'enfant  énurésie nocturne

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT : .....

En cas de nécessité, je souhaite que mon enfant soit transféré à l'Hôpital/ Clinique de.....

Au cas où votre enfant bénéficie d'un PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) nécessitant la prise d'un médicament, vous devez nous fournir le PAI 2021 2022 ainsi que les traitements préconisés. Ces traitements doivent être fournis au périscolaire même s'ils ont été fournis à l'école. Les médicaments ne doivent pas être périmés.

## RESPONSABLE LEGAL 1

Père  Mère  Autre (précisez)  : .....

NOM : ..... PRENOM .....

Adresse : .....

.....

N° de téléphone (attention, en cas de changement de numéro n'oubliez pas de nous en informer)

- Prioritaire ..... Domicile .....

- Portable..... Travail .....

- **MAIL (obligatoire)** .....

Profession : .....

## RESPONSABLE LÉGAL 2

Père  Mère  Autre (précisez)  : .....

NOM : ..... PRENOM .....

Adresse : .....

..... (Si différente du responsable légal 1)

N° de téléphone (attention, en cas de changement de numéro n'oubliez pas de nous en informer)

- Prioritaire ..... Domicile .....

- Portable..... Travail .....

- **MAIL (obligatoire)** .....

Profession : .....

## SITUATION DE FAMILLE

Mariés

parent seul

divorcés

Pacs

Veuf (ve) \*

vie maritale

séparés

Si séparation des parents, préciser si :

garde alterné

garde principale

**Sur demande**, il sera facturé le forfait utilisé par chaque parent, en fonction de son QF, ou des inscriptions aux accueils.

**Joindre impérativement un planning**

Date

Signature du/ des responsable(s)