

ARRIVEE ET DEPART DE VOTRE ENFANT		
Mon enfant prendra le bus le matin	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Où monte - t - il ? (préciser l'arrêt) :
Mon enfant prendra le bus le soir	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Où descend - il ? (préciser l'arrêt)
Le soir, s'il a plus de 6 ans, à la descente du bus, il repartira seul OUI <input type="checkbox"/> NON * <input type="checkbox"/>		
A la sortie de l'école ou du périscolaire, j'autorise mon enfant à repartir seul pour le retour au domicile (plus de 6 ans uniquement) OUI <input type="checkbox"/> NON * <input type="checkbox"/>		
*Si non, je viens le chercher ou j'autorise une des personnes habilitées à récupérer mon enfant		

PRE-INSCRIPTIONS CANTINE et PERISCOLAIRE

Pour l'année complète											
CANTINE				Périscolaire MATIN				Périscolaire SOIR			
Lu	Ma	Je	Ve	Lu	Ma	Je	Ve	Lu	Ma	Je	Ve
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SONDAGE / FREQUENTATION DU MERCREDI

Envisagez-vous d'inscrire votre enfant au périscolaire du mercredi OUI NON

Si oui, sur quel site : Rosières Harbonnières Chaulnes



RAPPEL : Toute réservation ou annulation DOIT se faire au plus tard la veille AVANT 11 h, le vendredi AVANT 11 h pour le lundi et l'AVANT VEILLE en cas de jour férié.



La CAF et la MSA participent financièrement au fonctionnement des accueils périscolaires et extrascolaires



Ecole : Classe :

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

DOSSIER UNIQUE 2022 - 2023

	Responsable <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	Responsable <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	Autre responsable : <input type="checkbox"/> Beau père <input type="checkbox"/> Belle mère <input type="checkbox"/> Famille d'accueil
Nom et prénom			
Adresse complète			
mobile			
professionnel			
Adresse mail @..... @..... @.....		

Garde de l'enfant (en cas de séparation)	Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Alternée <input type="checkbox"/>
(joindre copie du droit de garde déterminant le lieu de résidence de l'enfant)			

Régime sécurité sociale	Général <input type="checkbox"/>	Agricole <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
N° Allocataire (CAF ou MSA)		Quotient familial :*

*J'accepte la vérification des informations notées via CAF Pro (uniquement régime général) OUI NON

Attention, en cas de refus, le tarif le plus élevé sera appliqué / Si MSA, joindre une attestation de quotient familial

Nom de votre compagnie d'assurance (scolaire ou responsabilité civile) :	N° de contrat :
.....

Personnes habilitées à prendre en charge mon enfant et à être prévenues en cas d'urgence

Nom et prénom	Téléphone	Lien de parenté avec l'enfant

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant de votre enfant (facultatif) :

Commune :Téléphone :

L'enfant présente-t-il des troubles de santé ?

- Allergie alimentaire OUI NON Si oui, à quoi :
 - Allergie médicamenteuse OUI NON Si oui, à quoi :
 - Asthme OUI NON
 - Diabète OUI NON
 - Epilepsie OUI NON
 - Autres (handicap, troubles du comportement, suivi spécialisé...) : OUI NON
- Si oui, quoi :



Le trouble de santé nécessite-t-il un traitement médical particulier OUI NON

Lequel :

Le trouble de santé entraîne-t-il une conduite particulière en cas d'urgence ?

OUI NON

Si oui, laquelle :

.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier :

Sans porc OUI NON

Sans viande OUI NON

Un PAI (projet d'accueil individualisé) est-il mis en place pour votre enfant ?

OUI NON

Si oui, merci d'en joindre une copie au dossier

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes OUI NON

Des lentilles OUI NON

Un appareil dentaire OUI NON

Un appareil auditif OUI NON

VACCINS

VACCINS OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	AUTRES VACCINS	Date du dernier rappel
DTP + coqueluche		Rougeole - Oreillons -Rubéole	
Prévenar		Hépatite B (Engerix / HBVax pro)	
Neisvac / Méningitec		BCG	

AUTORISATIONS ET CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT

Je soussigné(e)

Responsable légal de :

déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement des différents services organisés par Terre de Picardie et :

- m'engage à ne pas diffuser de photos autres que celles de mon enfant sur les réseaux sociaux
- m'engage à régler le montant des prestations auxquelles mon enfant participera
- décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les horaires d'ouverture ou de fermeture.
- certifie avoir donné tous les renseignements concernant l'état de santé de mon enfant
- m'engage à signaler à TdP tout changement de situation de la famille ou de l'enfant
- m'engage à respecter le règlement intérieur* mis en place pour le bon fonctionnement des services

Par ailleurs, **j'autorise** :

- mon enfant à participer aux différentes activités et sorties (sans moyen de transport) proposées par les organisateurs : OUI NON
- les organisateurs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales ...) OUI NON
- Terre de Picardie à utiliser l'image et/ou la vidéo de mon enfant pour la période scolaire 2022 – 2023 (scolaire et extrascolaire) sous les formes suivantes : exposition photo, diaporama, site internet de Terre de Picardie, réseaux sociaux dédiés à TdP, et que ce soit communiqué au public, conformément à la loi relative au droit à l'image (article 9 du code civil) OUI NON
- les organisateurs à me communiquer diverses informations
Par mail OUI NON Par sms OUI NON

Le2022 À.....

Signature du responsable de l'enfant :

* Version intégrale du règlement disponible sur www.terredepicardie.fr