

Photo identité  
**OBLIGATOIRE**

**FICHE d'INSCRIPTION  
PERISCOLAIRE  
MONTMEDY**  
Année scolaire 2024/2025



**IDENTITÉ de l'enfant**

Nom ( <i>majuscule</i> ) :		Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/>
Prénom ( <i>majuscule</i> ) :			Féminin <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	Lieu de naissance :		
Ecole fréquentée :		Classe ( <i>rentrée 2024</i> ) :	

**IDENTITÉ du ou des responsable (s) légal (aux)**

**↳ Responsable Légal 1**

Nom & Prénom :			
Adresse complète :			
fixe ( <i>obligatoire</i> ) :			liste rouge : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
portable :	autre ( <i>facultatif</i> ) :		
Email :			
Nom employeur :		employeur :	

**↳ Responsable Légal 2**

Nom & Prénom :			
Adresse complète :			
fixe ( <i>obligatoire</i> ) :			liste rouge : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
portable :	autre ( <i>facultatif</i> ) :		
Email :			
Nom employeur :		employeur :	

**Personne à prévenir en cas d'urgence (*hormis les responsables précédemment cités*)**

Personne 1 ( <i>nom &amp; prénom</i> ) :			
fixe ( <i>obligatoire</i> ) :	portable :		
Personne 2 ( <i>nom &amp; prénom</i> ) :			
fixe ( <i>obligatoire</i> ) :	portable :		

Renseignements CAF	
N° Allocataire :	<small>composé de 7 chiffres</small>
Quotient Familial :	<small>Joindre l'attestation quotient familial si QF &lt; à 714€</small>
La CODECOM peut avec votre accord rechercher via CAFPRO votre quotient familial	<input type="checkbox"/> autorise <input type="checkbox"/> n'autorise pas
<b>Attention si la CODECOM n'est pas en possession du quotient familial, le plein tarif sera appliqué.</b>	

## DOCUMENTS à joindre pour l'inscription au Péricolaire

Les parents ou tuteurs légaux doivent joindre OBLIGATOIREMENT au dossier d'inscription les documents ci-dessous :

- Fiche de liaison, complétée et signée (obligatoire)**
- Photocopies des vaccinations (carnet de santé ou une attestation du médecin assurant que l'enfant est à jour)**
- Fiche d'inscription, complétée et signée**
- Autorisation du droit à l'image, complétée et signée**
- Autorisation de sortie, complétée et signée**
- Attestation d'assurance responsabilité civile de l'année scolaire 2024/2025**
- Attestation CAF ou MSA avec le numéro d'allocataire**
- 1 photo d'identité (à coller sur la Fiche d'inscription)**
- Ordonnance médicale obligatoire et récente** à joindre au dossier d'inscription si votre enfant suit un traitement a **insi que l'autorisation de délivrance des médicaments.**

## ATTESTATION sur l'honneur

Je soussigné (e) : \_\_\_\_\_  
nom/prénom

Représentant légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

↪ atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le Centre Wilson & la CODECOM du Pays de Montmédy de tout changement éventuel (adresse, situation médicale, situation familiale,)

↪ reconnais avoir pris connaissance du règlement du Péricolaire ( <http://csc-montmedy.e-monsite.com/pages/enfance/animation-periscolaire.html> ), déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature(s) :

## Autorisation de sortie

*Une autorisation par enfant*

autorise mon enfant à quitter seul le périscolaire

*(ne pas compléter « personnes autorisées à prendre en charge l'enfant »)*

n'autorise pas mon enfant à quitter seul le périscolaire

**Compléter OBLIGATOIREMENT la partie « Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant » ci-dessous**

mon enfant prend le bus

*(ne pas compléter « personnes autorisées à prendre en charge l'enfant »)*

**NOM et Prénom de l'enfant :**

Je soussigné (e) **NOM et Prénom** du tuteur légal .....assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge le Centre Wilson & la CODECOM du Pays de Montmédy en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

### Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant


*2 personnes adultes maximum (aucun mineur ne peut être une personne habilitée)*


**NOM et Prénom**

 Fixe :

 Portable :

**NOM et Prénom**

 Fixe :

 Portable :

Fait à :

Signature (s) :

le :

## Autorisation « Droit à l'Image »

*Une autorisation par enfant*

Je soussigné (e):

**NOM et Prénom** du tuteur légal

autorise

n'autorise pas

Pour mon enfant :

**NOM et Prénom**

le Centre Wilson et la CODECOM du Pays de Montmédy à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquels figure mon enfant qui seraient pris dans le cadre des activités périscolaires.

Ces supports pourront être stockés, diffusés sur tout moyen existant ou qui existeront au sein de la Communauté de communes du pays de Montmédy.

Journal, publication locale, site internet, autres médias

Fait à :

Signature (s) :

le :

**FICHE SANITAIRE de LIAISON***Une fiche par enfant*

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR LE PERISCOLAIRES, ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DU CARNET DE SANTE DE L'ENFANT.

L'ENFANT		
Nom ( <i>majuscule</i> ) :	Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/>
Prénom ( <i>majuscule</i> ) :		Féminin <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	A-t-il un PAI ( <i>Projet d'Accueil Individualisé</i> ) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

VACCINATIONS ( <i>se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant</i> )					
Vaccins OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des DERNIERS RAPPELS	Vaccins RECOMMANDES	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeoles	
BCG				Coqueluche	
Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS DANS LE CARNET DE SANTE OBLIGATOIRES

RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT									
L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui lequel ? :									
<i>Si Oui joindre 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 donné à l'enfant sans ordonnance et sans autorisation de la part des parents. Les enfants ne doivent pas transporter de médicaments dans leurs sacs.</i>									
L'enfant a-t-il des allergies reconnues ?	<table border="0"> <tr> <td>ASTHME</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>ALIMENTAIRES</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>MEDICAMENTEUSES</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>Autres :</td> <td></td> </tr> </table>	ASTHME	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres :	
ASTHME	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres :							
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre l'avis du médecin) :									
Votre enfant porte-t-il ?	<table border="0"> <tr> <td>des lunettes</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>des lentilles</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>des prothèses dentaires</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>Autres :</td> <td></td> </tr> </table>	des lunettes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	des lentilles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	des prothèses dentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres :	
des lunettes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	des lentilles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
des prothèses dentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres :							
Recommandations utiles des responsables légaux :									

RESPONSABLE DE L'ENFANT	
Nom & Prénom ( <i>Majuscule</i> ) :	
Adresse complète :	
 fixe ( <i>obligatoire</i> ) :	 portable :
Médecin traitant : .....	 Fixe : .....
Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la CODECOM du Pays de Montmédy à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.	
Fait à :	Signature :
Le	

## Accueil Péricolaire de Montmédy

14, rue Sylvain Bailleux 55600 Montmédy  
03.29.80.02.22

Mail : [periscolaire@cscmontmedy.fr](mailto:periscolaire@cscmontmedy.fr)

### Fiche de réservation Accueil Péricolaire

Mme ou Mr .....

Nom de l'enfant: .....Prénom de l'enfant: .....

Classe fréquentée (rentrée 2024) : ..... Enseignant : .....

Date de naissance : .....

Inscription annuelle

Inscription occasionnelle (veuillez noter les dates précises)

Mois de ..... ou Année 2024/2025

Semaine	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Dates				
Matin : de 7h30 à 8h30				
Midi sans repas 11h45 à 12h30				
Repas de 11h45 à 13h30				
Soir : de 16h00 à 18h30				

\* Accueil possible si au moins 5 enfants inscrits à l'année scolaire et fréquente régulièrement l'accueil péricolaire.

Cette fiche de réservation et la fiche sanitaire sont obligatoires pour permettre au Centre Péricolaire de Montmédy de prévoir au mieux les effectifs d'encadrement nécessaires.

**Merci d'avertir le service péricolaire dès que vous en avez connaissance, des modifications et ce au plus tard avant 9h00 le vendredi pour lundi et mardi suivant ; le mardi pour le jeudi et vendredi suivant.**

Date :

Signature du responsable légal