

| Vaccins | Oui | Non | Date des derniers rappels |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Diphtérie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Tétanos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Poliomyélite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ou vaccin combiné | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| Informations médicales | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Traitement médical <small>Si oui, joindre un certificat médical</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladies chroniques : asthme, convulsions, allergies, diabète, autres... : pouvant survenir sur les temps d'accueils | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problèmes de déglutition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'enfant présente-t-il un problème médical, comportemental, ou un handicap nécessitant une attention particulière ? Si oui, précisez : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



EVREUX
Direction de l'Éducation
Et du Temps de l'Enfant

FICHE DE LIAISON DE L'ENFANT

ANNEE 2019-2020

| Dossier de catégorie | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> à jour | <input type="checkbox"/> en cours |
| N° Famille : | |

Régime alimentaire : 1 seul choix possible Tous aliments : Sans viande : Sans porc
(Pas de changement de régime alimentaire possible en cours d'année)

La pratique de certaines activités lui est-elle déconseillée ?

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Groupe sanguin :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) : responsable de l'enfant

autorise mon enfant à repartir seul de l'accueil de loisirs (uniquement s'il a 10 ans ou plus)

autorise mon enfant à repartir seul de l'école (uniquement pour les élémentaires)

à 16h30 (car il n'est pas inscrit à l'étude) à 18h (car il est inscrit à l'étude)

n'autorise pas mon enfant à repartir seul

En cas d'empêchement de ma part, j'autorise

Madame, Monsieur qualité* :

Adresse : Tél :

Madame, Monsieur qualité* :

Adresse : Tel.

*(Famille, ami, voisin..) à reprendre mon enfant à l'accueil de loisirs/ l'école (à 16h30 s'il n'est pas inscrit à l'étude, à 18h s'il est inscrit à l'étude) (de 16h30 à 18h30 le mercredi)

Autorise l'utilisation et la diffusion à titre gratuit de photos de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités des accueils de loisirs et des écoles. Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants : Publication dans le journal de la ville et sur evreux.fr, expositions dans les accueils de loisirs et les écoles.

Autorise mon enfant à participer aux sorties hors Evreux et aux activités périscolaires sur le temps du midi

Je déclare avoir pris connaissance des règlements des activités périscolaires.

Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant ou après les heures d'ouverture et de fermeture du centre d'accueil.

J'autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale, y compris hospitalisation.

Fait-le : / / àSIGNATURE OBLIGATOIRE

Précédée de la mention « lu et approuvé »

| | |
|--|---------------------------|
| Ecole de l'enfant :Classe : | |
| Accueil de loisirs de l'Enfant : | |
| Nom de l'enfant : | Réservé au service |
| Prénom : | |
| Date de naissance :M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | |
| Adresse : | |
| ① | |

Nom, Prénom du responsable légal 1:

Tél portable :Tél travail :

N° de sécurité sociale :

Nom – prénom du conjoint :

Tél portable :Tél travail :

Nom, Prénom du responsable légal 2:

Tél portable :Tél travail :

ASSURANCES

Il est conseillé aux responsables légaux de l'enfant de contracter une assurance « individuelle accident extra-scolaire ». Ce type d'assurance concerne les dommages qu'un enfant peut subir sans qu'il y ait lieu de rechercher un quelconque responsable (exemple : un enfant victime de sa propre maladresse). En tout état de cause, nous vous rappelons que l'individuelle n'intervient que lorsque les organismes usuels (sécurité sociale, complémentaire...) sont insuffisants pour assurer une indemnisation complète du préjudice.

Mutuelle :

Nom : N° du contrat :

Responsabilité civile familiale :

Nom : N° du contrat :

Scolaire :

Nom : N° du contrat :

Prestations sociales :

N° allocataire : Organisme (CAF, MSA,...)

| RESTAURATION SCOLAIRE | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Fréquentation Mon enfant mangera : | | Régime alimentaire | | | | |
| Régulièrement : cochez les jours où l'enfant sera présent | Irrégulièrement (Fournir un planning mensuel* à la responsable d'office) | Tous aliments | Sans viande | Sans porc | Allergies-intolérances alimentaires (joindre obligatoirement un certificat médical de moins d'un an afin de prévoir un repas adapté dans nos restaurants). Un délai de carence de 3 jours ouvrés est nécessaire entre la réception du certificat médical et la production du repas adapté. | |
| Lundi <input type="checkbox"/> | Mardi <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeudi <input type="checkbox"/> | Vendredi <input type="checkbox"/> | | | | | |

*Téléchargeable sur evreux.fr ou disponible à l'école

| ETUDE SURVEILLÉE (pour les enfants du CP au CM2 uniquement) | | | | | |
|---|---------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Début de la fréquentation : | | Jours de fréquentation : cochez les cases correspondant à la venue de l'enfant | | | |
| Dès la rentrée | En cours d'année, à partir du : | Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
| <input type="checkbox"/> |/...../..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MATIN | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Début de la fréquentation : | | Jours de fréquentation : cochez les cases correspondant à la venue de l'enfant | | | | |
| Dès la rentrée | En cours d'année, à partir du : | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
| <input type="checkbox"/> |/...../..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ACCUEIL PERISCOLAIRE DU SOIR (pour les enfants en école maternelle uniquement) | | | | | |
|--|---------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Début de la fréquentation : | | Jours de fréquentation : cochez les cases correspondant à la venue de l'enfant | | | |
| Dès la rentrée | En cours d'année, à partir du : | Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
| <input type="checkbox"/> |/...../..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ACCUEILS DE LOISIRS MERCREDI ET VACANCES SCOLAIRES

Votre dossier doit être à jour :

- Dossier de détermination du quotient familial et de la tarification complété et transmis muni des pièces justificatives
- Fiche de liaison de l'enfant complétée

Ces documents doivent être transmis à l'accueil de la petite cité ou en mairie annexe

Vous devez ensuite préinscrire votre enfant :

- **Inscription et réservation obligatoire**, directement à l'accueil de loisirs ou sur votre espace famille : www.evreux.fr rubrique « en un clic »/Espace famille

Les modalités de fonctionnement, de réservation et d'annulation des accueils de loisirs, et des repas en restauration scolaire sont précisées dans les règlements intérieurs des services

DATE LIMITE DE RETOUR DE LA FICHE D'INSCRIPTION :

VENDREDI 31 MAI 2019

➔ Tournez svp