



INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES DE VIVY

2021 - 2022

IMPORTANT

Dossier à retourner au plus tard le 25 juin 2021



Mairie de Vivy
mairie@vivy.fr - 02.41.52.50.17



Fiche d'inscription unique – Vivy 2021-2022
Fiche à retourner complétée au plus tard le 25 juin 2021

Les représentants légaux

Représentant légal n°1	Représentant légal n°2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Email :	Email :
Tél fixe :	Tél fixe :
Tél portable :	Tél portable :

Le / les enfants

Enfant n°1	Enfant n°2	Enfant n°3
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Classe :	Classe :	Classe :

Personnes à prévenir en cas d'absence des représentants légaux

Personne n°1	Personne n°2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Fixe :	Fixe :
Portable :	Portable :

Informations OBLIGATOIRES à communiquer pour la facturation - Prestations familiales

OBLIGATOIRE :

Vous êtes allocataire : CAF MSA

✓ **Numéro d'allocataire :**

✓ **Quotient familial :**

Fournir obligatoirement la dernière attestation de paiement CAF ou MSA en vigueur à la date de la rentrée scolaire.

En cas de non communication du quotient familial et de son attestation, la facturation sera faite au plus fort tarif. Si une régularisation est nécessaire, elle ne sera pas rétroactive, elle ne sera faite qu'à réception de l'attestation.

Choix de la facturation

Nous vous encourageons à passer au prélèvement automatique, merci de remplir l'annexe n°1 et/ou n°2. Si vous l'avez déjà fait en 2020-2021, cette démarche n'est pas nécessaire.

Pièces à joindre à la fiche d'inscription complétée :

- Attestation CAF / MSA
- Fiche sanitaire complétée (ANNEXE n°3)
- Certificat médical en cas de contre-indication à la pratique sportive.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant.....

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- Certifie avoir une assurance responsabilité civile extrascolaire couvrant mon enfant
- Je m'engage à respecter et à faire respecter à mon / mes enfant(s) le règlement des activités périscolaires et extrascolaire auxquelles il (ils) est(sont) inscrit(s).

Fait le à

Signature du responsable légal:

Inscription aux activités

Mon enfant utilisera :	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
• Accueil périscolaire matin et/ou soir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Restauration scolaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autorisations

J'autorise mon enfant à être pris en charge par un encadrant à la fin du temps scolaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'autorise mon enfant à être maquillé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'autorise mon enfant à être pris en photo et/ou vidéo par les encadrants			
- pour utilisation dans les médias	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- pour usage interne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'autorise mon enfant à effectuer des déplacements extérieurs dans le cadre des activités	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'autorise les responsables à prendre toutes les mesures médicales nécessaires pour la santé de mon enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mon enfant effectuera les trajets de l'école au domicile	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Accompagné de :	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Accompagné de :	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Accompagné de :

Accueil périscolaire (matin et/ou soir)

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
<u>Cochez les cases de votre choix et rayez les jours non fréquentés</u>	<input type="checkbox"/> inscription régulière <input type="checkbox"/> inscription occasionnelle	<input type="checkbox"/> inscription régulière <input type="checkbox"/> inscription occasionnelle	<input type="checkbox"/> inscription régulière <input type="checkbox"/> inscription occasionnelle
	<input type="checkbox"/> Matin : Lundi / mardi / jeudi / vendredi <input type="checkbox"/> Soir : Lundi / mardi / jeudi / vendredi	<input type="checkbox"/> Matin : Lundi / mardi / jeudi / vendredi <input type="checkbox"/> Soir : Lundi / mardi / jeudi / vendredi	<input type="checkbox"/> Matin : Lundi / mardi / jeudi / vendredi <input type="checkbox"/> Soir : Lundi / mardi / jeudi / vendredi
	Facturation :	Facturation :	Facturation :
	<input type="checkbox"/> Chez le père <input type="checkbox"/> Chez la mère	<input type="checkbox"/> Chez le père <input type="checkbox"/> Chez la mère	<input type="checkbox"/> Chez le père <input type="checkbox"/> Chez la mère

Restauration scolaire

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
<u>Cochez les cases de votre choix et rayez les jours non fréquentés</u>	<input type="checkbox"/> Oui : Lundi / mardi / jeudi / vendredi	<input type="checkbox"/> Oui : Lundi / mardi / jeudi / vendredi	<input type="checkbox"/> Oui : Lundi / mardi / jeudi / vendredi
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
	Facturation :	Facturation :	Facturation :
<input type="checkbox"/> Chez le père <input type="checkbox"/> Chez la mère	<input type="checkbox"/> Chez le père <input type="checkbox"/> Chez la mère	<input type="checkbox"/> Chez le père <input type="checkbox"/> Chez la mère	

Pour les inscriptions occasionnelles, se renseigner auprès de la mairie : s.gillard@vivy.fr ou 02.41.52.50.17

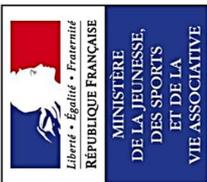


Emploi du temps de l'école primaire

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil périscolaire de 7h30 à 8h30			
Classe de 8h30 à 12h00			
Restauration scolaire de 12h00 à 14h00			
Classe de 14h00 à 16h30			
Accueil périscolaire de 16h30 à 18h30			

Tarififications

	quotient familial inférieur ou égal à 600€	quotient familial de 601€ à 900 €	quotient familial supérieur ou égal à 901 €
Accueil périscolaire (Forfaitaire)	1,45 € le matin 1,65 € le soir	1,55 € le matin 1,75 € le soir	1,65 € le matin 1,85 € le soir
Restauration scolaire	3,70 €	3,75 €	3,80 €



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

 PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

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 administré sans ordonnance.

4-RESPONSABLES DU MINEUR
 Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :
 Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :
 NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :