



POLE ENFANCE

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

POUR LE PÉRISCOLAIRE (garderie), LE SOUTIEN SCOLAIRE, L'ACCUEIL DE LOISIRS

PERIODE 3 – du 04 Janvier au 05 Mars 2021

Le dossier d'inscription sera à déposer, selon les modalités fixées ci-dessous,
au Service Enfance/Enseignement .

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le service au 03.27.53.10.80 – Poste 339 de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h00.

PIECES A FOURNIR :

Même si vous avez déjà rempli un dossier d'inscription les années précédentes, il est **INDISPENSABLE** de compléter ce dossier d'inscription et de fournir l'ensemble des pièces demandées :

- Photocopie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Photocopie de l'attestation d'assurance scolaire ou extra-scolaire, ou responsabilité civile
- Photocopie de l'attestation de paiement de la CAF
- Remplir le planning de fréquentation et fiche sanitaire

Pour des raisons liées à la sécurité de votre (vos) enfant(s), il est nécessaire de fournir tous les renseignements demandés, particulièrement les numéros de téléphone qui permettront de vous contacter en cas d'urgence.

Pour tout changement en cours d'année, devra être signaler.

PRESENTATION DU SERVICE « SOUTIEN SCOLAIRE »

Ce service municipal, effectué par le personnel du service enfance/petite enfance, permet d'accompagner les enfants dans l'acquisition d'une méthodologie de travail afin de réaliser leurs devoirs en toute autonomie.

Les séances (capacité maximale de 20 enfants par séance et par école) sont proposées pour les élémentaires (du CP au CM2) fréquentant les écoles Nelson MANDELA, Suzanne LANNOY BLIN et le Groupe Scolaire MESPREUVEN, les lundis, mardis, jeudis de 16h30 à 17h50.

Pour les enfants scolarisés à l'Ecole Les Longs Prés, ce service est géré par l'Association RAIL ATAC (Tél : 03.27.65.85.80)

PRESENTATION DU SERVICE « PERISCOLAIRE – Garderie Matin & Soir »

Ce service est ouvert aux enfants de 2 à 12 ans scolarisés à Louvroil et pour lesquels leurs parents travaillent et, se déroule à la Maison de la Parentalité Place du Général de Gaulle (30 enfants maxi) et à la Maison de la Parentalité école Suzanne Lannoy Blin (16 enfants maxi), les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 7h30 à 8h30 et de 16h30 à 18h00.

PRESENTATION DU SERVICE « ACCUEILS DE LOISIRS »

La municipalité propose un Accueil de Loisirs, les Mercredis de 9h15 jusque 17h15, accueil possible à partir de 8h15 (garderie) accueil échelonné et possibilité de restauration tarif 4€, ainsi que pendant les vacances du lundi au vendredi (13h30-17h30) et de 9h00 à 17h00 le mercredi, dans les lieux suivants :

- Ecole Suzanne LANNOY BLIN (Sous le Bois) enfants âgés de 2 à 6 ans,
- Centre DORLODOT (Sous le Bois) enfants âgés de 6 à 12 ans,
- Au Château Enchanté enfants âgés de 2 à 6 ans.

TARIFICATION

L'ensemble des prestations sollicitées devra faire l'objet d'un règlement à l'inscription, soit par chèque, Carte Bleue ou Espèces.

TARIFS SOUTIEN SCOLAIRE

Le prix de la séance de 1h20 est fixé à 20 cents
20 places Maximum.

TARIFS PERISCOLAIRE ET ACCUEIL DE LOISIRS

Les tarifs sont uniques et dégressifs selon le nombre d'enfants et le quotient familial

NOMBRE D'ENFANTS	0€≤QF≤369€	370€≤QF≤499€	500€≤QF≤700€	QF>700€
1	0.25 €/h Soit 1 € pour 4 h & 2 € pour 8h	0.45 €/h Soit 1.80 € pour 4 h & 3.60 € pour 8h	0.55 €/h Soit 2.20 € pour 4 h & 4.40 € pour 8h	0.61 €/h Soit 2.45 € pour 4 h & 4.90 € pour 8h
2	0.45 €/h Soit 1.80 € pour 4 h & 3.60 € pour 8h	0.65 €/h Soit 2.60 € pour 4 h & 5.20 € pour 8h	0.70 €/h Soit 2.80 € pour 4 h & 5.60 € pour 8h	0.80 €/h Soit 3.20 € pour 4 h & 6.40 € pour 8h
3	0.65 €/h Soit 2.60 € pour 4 h & 5.20 € pour 8h	0.80 €/h Soit 3.20 € pour 4 h & 6.40 € pour 8h	0.85 €/h Soit 3.40 € pour 4 h & 6.80 € pour 8h	1.05 €/h Soit 4.20 € pour 4 h & 8.40 € pour 8h
4	0.75 €/h Soit 3.00 € pour 4 h & 6.00 € pour 8h	0.85 €/h Soit 3.40 € pour 4 h & 6.80 € pour 8h	0.90 €/h Soit 3.60 € pour 4 h & 7.20 € pour 8h	1.25 €/h Soit 5.00 € pour 4 h & 10.00€ pour 8h

Possibilité de restauration, tarif : 4 €

REMBOURSEMENT

Le remboursement sera possible uniquement sur présentation d'un certificat médical dans un délai d'une semaine.

COORDONNEES DE LA FAMILLE – RESPONSABLES LEGAUX

Père :

Autorité parentale : oui / non

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :/...../...../...../.....

Téléphone portable :/...../...../...../.....

N° allocataire CAF :

Date de naissance :/...../.....

Profession :

E-mail :

Mère :

Autorité parentale : oui / non

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :/...../...../...../.....

Téléphone portable :/...../...../...../.....

N° allocataire CAF :

Date de naissance :/...../.....

Profession :

E-mail :

Autre personne en responsabilité avec l'enfant :

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :/...../...../...../.....

Téléphone portable :/...../...../...../.....

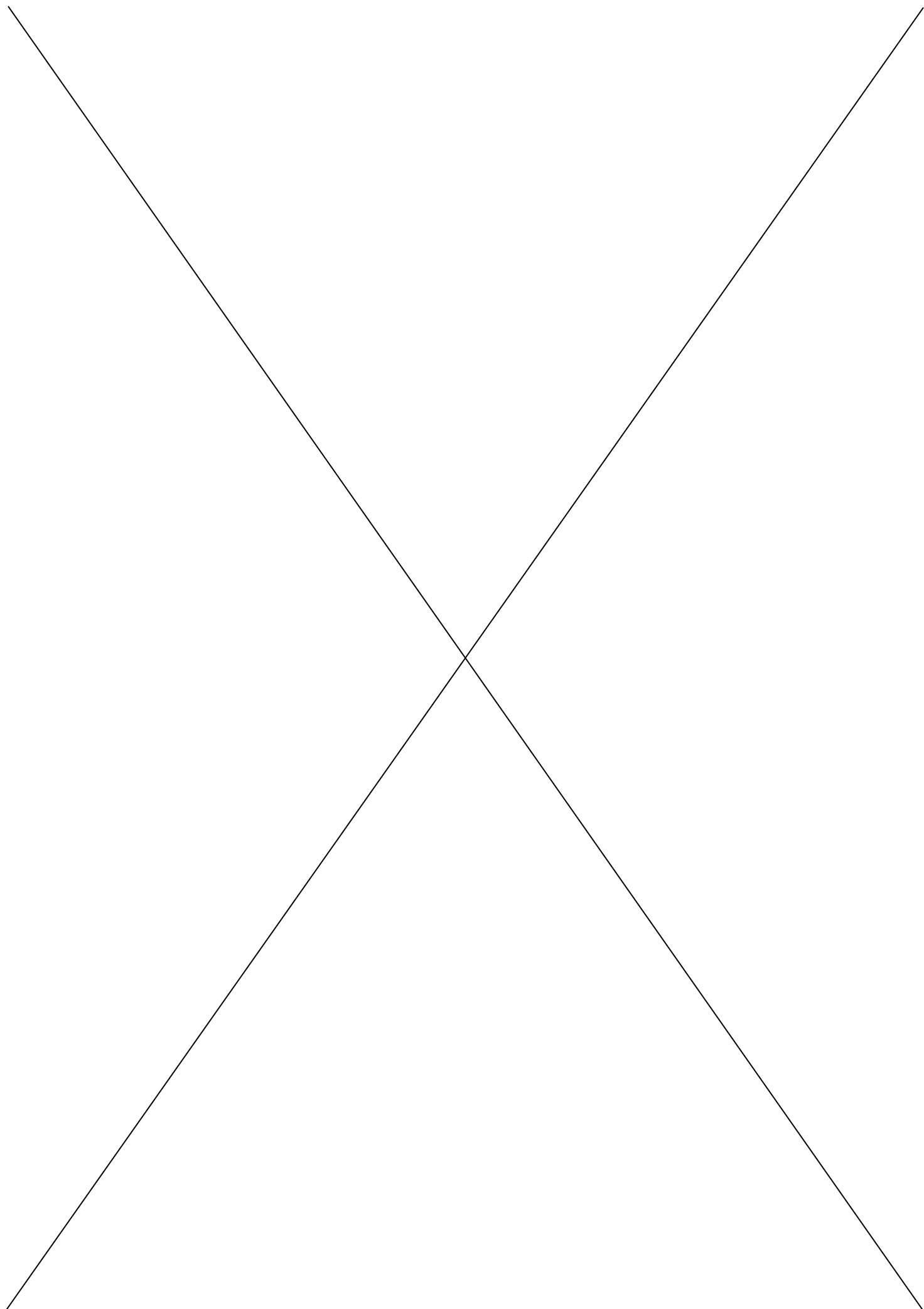
N° allocataire CAF :

Date de naissance :/...../.....

Profession :

E-mail :

Nom de l'enfant	Prénom	Date de Naissance	Ecole fréquentée



FICHE ENFANT

NOM :

PRENOM :

ECOLE :

CLASSE :

Né(e) le :

À

L'ensemble des prestations sollicitées devra faire l'objet d'un règlement à l'inscription, soit par chèque, Carte Bleue ou Espèces.

Veuillez mettre une croix pour les jours de présence

SOUTIEN SCOLAIRE (20 places)

SOUTIEN SCOLAIRE	Lun	Mar	Jeu	Lun	Mar	Jeu	Lun	Mar	Jeu	Lun	Mar	Jeu
	04-jan	05-jan	07-jan	11-jan	12-jan	14-jan	18-jan	19-jan	21-nov	25-jan	26-jan	28-jan
Centre												
SLB												
Mespreuven												

SOUTIEN SCOLAIRE	Lun	Mar	Jeu	Lun	Mar	Jeu	Lun	Mar	Jeu
	01-fév	02-fév	04-fév	08-fév	09-fév	11-fév	15-fév	16-fév	18-fév
Centre									
SLB									
Mespreuven									

PLANNING ACCUEIL DE LOISIRS

PERIODE SCOLAIRE	Mer			Mer			Mer			Mer			Mer			Mer			Mer		
	06-janv			13-janv			20-janv			27-janv			03-févr			10-févr			17-févr		
	matin	repas	am	matin	repas	am	matin	repas	am	matin	repas	am	matin	repas	am	matin	repas	am	matin	repas	am
Château Enchanté																					
Centre Dorlodot																					
SLB																					

VACANCES D'HIVER	Lu	Mar	Mer	Jeu	Ven	Lu	Mar	Mer	Jeu	Ven
	22-fév	23-fév	24-fév	25-fév	26-fév	1 ^{er} -Mars	02-Mars	03-Mars	04-Mars	05-Mars
Château Enchanté										
Centre Dorlodot										
SLB										

PLANNING PERISCOLAIRE

PERISCOLAIRE		Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar
		04-jan	05-jan	07-jan	08-jan	11-jan	12-jan	14-jan	15-jan	18-jan	19-jan	21-jan	22-jan	25-jan	26-jan
Centre	Matin														
	Après Midi														
SLB	Matin														
	Après Midi														

PERISCOLAIRE		Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven
		28-jan	29-jan	01-fév	02-fév	04-fev	05-fév	08-fév	09-fév	11-fév	12-fév	15-fév	16-fév	18-fév	19-fév
Centre	Matin														
	Après Midi														
SLB	Matin														
	Après Midi														

PERSONNES A CONTACTER : (En cas d'accident, la Ville s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.)

Nom et Prénom des parents ou du responsable légal :

Adresse:

☎ du domicile : / / / /

Mail :

☎ de la mère : / / / /

Profession :

☎ du père : / / / /

Profession :

Coordonnées d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom- Prénom : - ☎ / / / /

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté ; la famille est avertie par nos soins.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Nom du médecin traitant :

Son Numéro de téléphone :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....

.....

AUTORISATION :

Autorise mon enfant à repartir : Seul ☐
Accompagné ☐

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame

Autorisons l'anesthésie de (nom et prénom de l'enfant) au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il / elle devrait subir une intervention chirurgicale.

À Le

SIGNATURE

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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 pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES

TYPE DE REPAS Normal ☐ Sans viande ☐ Sans porc ☐

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ☐ non ☐ (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ☐ non ☐

DES LUNETTES : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui ☐ non ☐

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui ☐ non ☐

Bonnet de bain obligatoire à fournir lors de la sortie piscine

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui ☐ non ☐

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : Signature :

FICHE ENFANT

NOM :

PRENOM :

ECOLE :

CLASSE :

Né(e) le :

À

L'ensemble des prestations sollicitées devra faire l'objet d'un règlement à l'inscription, soit par chèque, Carte Bleue ou Espèces.

Veuillez mettre une croix pour les jours de présence

SOUTIEN SCOLAIRE (20 places)

SOUTIEN SCOLAIRE	Lun	Mar	Jeu	Lun	Mar	Jeu	Lun	Mar	Jeu	Lun	Mar	Jeu
	04-jan	05-jan	07-jan	11-jan	12-jan	14-jan	18-jan	19-jan	21-nov	25-jan	26-jan	28-jan
Centre												
SLB												
Mespreuven												

SOUTIEN SCOLAIRE	Lun	Mar	Jeu	Lun	Mar	Jeu	Lun	Mar	Jeu
	01-fév	02-fév	04-fév	08-fév	09-fév	11-fév	15-fév	16-fév	18-fév
Centre									
SLB									
Mespreuven									

PLANNING ACCUEIL DE LOISIRS

PERIODE SCOLAIRE	Mer			Mer			Mer			Mer			Mer			Mer			Mer		
	06-janv			13-janv			20-janv			27-janv			03-févr			10-févr			17-févr		
	matin	repas	am	matin	repas	am	matin	repas	am	matin	repas	am	matin	repas	am	matin	repas	am	matin	repas	am
Château Enchanté																					
Centre Dorlodot																					
SLB																					

VACANCES D'HIVER	Lu	Mar	Mer	Jeu	Ven	Lu	Mar	Mer	Jeu	Ven
	22-fév	23-fév	24-fév	25-fév	26-fév	1 ^{er} -Mars	02-Mars	03-Mars	04-Mars	05-Mars
Château Enchanté										
Centre Dorlodot										
SLB										

PLANNING PERISCOLAIRE

PERISCOLAIRE		Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar
		04-jan	05-jan	07-jan	08-jan	11-jan	12-jan	14-jan	15-jan	18-jan	19-jan	21-jan	22-jan	25-jan	26-jan
Centre	Matin														
	Après Midi														
SLB	Matin														
	Après Midi														

PERISCOLAIRE		Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven
		28-jan	29-jan	01-fév	02-fév	04-fev	05-fév	08-fév	09-fév	11-fév	12-fév	15-fév	16-fév	18-fév	19-fév
Centre	Matin														
	Après Midi														
SLB	Matin														
	Après Midi														

PERSONNES A CONTACTER : (En cas d'accident, la Ville s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.)

Nom et Prénom des parents ou du responsable légal :

Adresse:

☎ du domicile : / / / /

Mail :

☎ de la mère : / / / /

Profession :

☎ du père : / / / /

Profession :

Coordonnées d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom- Prénom : - ☎ / / / /

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté ; la famille est avertie par nos soins.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Nom du médecin traitant :

Son Numéro de téléphone :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....

.....

AUTORISATION :

Autorise mon enfant à repartir : Seul ☐
Accompagné ☐

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame

Autorisons l'anesthésie de (nom et prénom de l'enfant) au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il / elle devrait subir une intervention chirurgicale.

À Le

SIGNATURE

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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 pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRE oui ☐ non ☐ AUTRES

TYPE DE REPAS Normal ☐ Sans viande ☐ Sans porc ☐

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ☐ non ☐ (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ☐ non ☐

DES LUNETTES : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui ☐ non ☐

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui ☐ non ☐

Bonnet de bain obligatoire à fournir lors de la sortie piscine

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui ☐ non ☐

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : Signature :