



# DEMANDE D'INSCRIPTION

## Année scolaire 2018-2019

- Restauration scolaire**  
 **Accueil Périscolaire**  
 **Centres de loisirs**

<i>Pièces obligatoires à joindre au dossier</i>	<i>Date de réception de la demande</i>
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance extra scolaire 2018/2019 <input type="checkbox"/> Photocopie du carnet de vaccination (2 pages) <input type="checkbox"/> P.A.I si pathologie ou allergie <input type="checkbox"/> Règlement intérieur signé pour le(s) service(s) sollicité(s) <input type="checkbox"/> Avis d'imposition 2018 (à fournir au plus tard le 7/09/18)	

<i>Coordonnées de l'Enfant</i>		<input type="checkbox"/> <b>F</b>	<input type="checkbox"/> <b>M</b>
Nom .....			
Prénom.....			
Date de naissance .....		Lieu de naissance.....	
Adresse .....			
Ecole fréquentée à la rentrée 2018/2019 :			
Maternelle Onimus	<input type="checkbox"/>	Maternelle Martelois	<input type="checkbox"/>
Elémentaire Onimus	<input type="checkbox"/>	Elémentaire Martelois	<input type="checkbox"/>
<b>En cas de séparation :</b>			
L'enfant vit : Chez la mère <input type="checkbox"/> Chez le père <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/>			
<i>Merci de fournir un justificatif (jugement de divorce, délibéré du juge des affaires familiales)</i>			
Préciser s'il y a une reconstitution familiale au domicile du père et/ou de la mère Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Adresse de facturation : Chez la mère <input type="checkbox"/> Chez le père <input type="checkbox"/> Deux factures distinctes <input type="checkbox"/>			

<i>Coordonnées des Parents</i>			
	Père	Mère	Conjoint (de la mère ou du père le cas échéant)
Nom			
Prénom			
Adresse			
Profession			
Tél. domicile			
Tél. portable			
Tél. bureau			
Adresse Mail			
Nom et adresse de l'employeur			
Régime d'appartenance : Régime général <input type="checkbox"/> Régime agricole <input type="checkbox"/> Hors régime général <input type="checkbox"/>			
Allocataire Caisse d'Allocation Familiale oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> N° CAF .....			
<i>La mairie a accès au portail de la CAF, permettant de consulter les informations relatives à votre situation, vous pouvez vous y opposer.</i>			

## Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents)

Nom	Prénom	Coordonnées téléphoniques
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## Autorisations parentales

Nous soussignons Madame ..... / Monsieur .....  
Agissant en tant que représentant(s) légal(aux) de l'enfant.....

✓ Autorisons les personnes suivantes à récupérer notre enfant à la sortie de l'accueil périscolaire, à la restauration scolaire ou au centre de loisirs (enfant malade, urgence). **L'âge requis est de 16 ans pour récupérer un enfant scolarisé en classe maternelle et de 13 ans pour un enfant scolarisé en classe élémentaire.**

Nom et Prénom	Lien de parenté	Age (si mineur)	N° de téléphone	Signature des parents
			1-..... 2-.....	
			1-..... 2-.....	
			1-..... 2-.....	

✓ Autorisons les interventions médicales et chirurgicales, les hospitalisations ainsi que les traitements médicaux, rendus nécessaires par l'état de notre enfant **oui**  **non**

✓ Autorisons notre enfant à participer aux activités proposées lors des temps d'accueil périscolaire et de pause méridienne ainsi que les déplacements nécessaires dans le cadre de ces activités **oui**  **non**

✓ Autorisons la prise de vue et la publication des images sur lesquelles mon enfant apparaît ; ceci, sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) pour une durée d'utilisation de 2 ans.

Nous reconnaissons avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite pour les usages suivants : parution dans les publications municipales (bulletin municipal, livrets d'accueil, plaquettes, flyers...), parution sur une affiche (promotion d'un événement public...), parution dans la presse locale (Nos Deux Vallées, Oise Hebdo, Le Courrier picard, Le Parisien...), dans ses éditions papier et Web, publication sur le site Internet [www.thourotte.fr](http://www.thourotte.fr), sur les pages Facebook de l'Espace Angèle Fontaine et de l'espace culturel de Thourotte.

Nous reconnaissons également que les utilisations ne peuvent porter atteinte à la vie privée de mon enfant et, plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice. Ces prises de vue ne seront pas exploitées dans un but commercial.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera, en conséquent, lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit. **oui**  **non**  \*

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature des deux parents ou du responsable légal

\* « Les Informations recueillies font l'objet d'un traitement destiné à l'utilisation de l'image d'un mineur ».

Conformément à la loi *Informatique et libertés* du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la mairie, située au 18 rue Jean Jaurès, 60150 Thourotte. Tél : 03 44 90 61 00. Courriel : [mairie@thourotte.fr](mailto:mairie@thourotte.fr)

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. »

## ***Fiche Sanitaire de l'enfant***

### **1) Vaccinations**

Joindre **obligatoirement** la copie du carnet de vaccination.

Si une contre indication a empêché la vaccination, un certificat médical doit être fourni.

### **2) Votre enfant a t-il eu les maladies suivantes ?**

Rubéole  Scarlatine  Rougeole   
Varicelle  Coqueluche  Oreillons

### **3) Votre enfant a t-il une allergie, maladie chronique (ex. : asthme), régime alimentaire particulier, traitement médical... ?**

Oui

Non

Si oui, précisez : .....

Merci de joindre le **Projet d'Accueil Individualisé** (PAI) à ce dossier (à réclamer au secrétariat scolaire).

### **4) Votre enfant porte :**

des lunettes  un appareil auditif  un appareil dentaire

Si oui, y a-t-il une conduite particulière à tenir ?

.....  
.....  
.....  
.....

### **5) Votre enfant sait-il nager ?** Oui Non

Brevet natation 25 m Oui  Non

Brevet natation 50 m Oui  Non

### **6) Autres observations**

.....  
.....  
.....  
.....

Nous soussignons Madame ..... / Monsieur .....,  
responsable(s) de l'enfant ....., déclarons exacts les renseignements  
portés sur cette fiche sanitaire.

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature des parents ou du responsable légal\*

*\*Même en cas de séparation, la signature des deux parents est impérative.*

NOM/PRENOM DE L'ENFANT :.....

## DEMANDE D'INSCRIPTION A LA RESTAURATION SCOLAIRE

Année scolaire 2018/2019

Je souhaite inscrire mon enfant au service de restauration scolaire de façon :

1) Occasionnelle

2) Régulière

En cas de demande d'accueil régulier, **1 à 4 jours par semaine**, merci de préciser :

- Les jours demandés :

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Régime alimentaire de votre enfant :**

Normal

Allergie / Autre pathologie  (Fournir le P.A.I)

Sans porc

Sans Viande

Autre (précisez)  .....

**Aucun enfant ne pourra être accepté à la restauration scolaire si nous ne disposons pas de son dossier d'inscription.** Pour faciliter vos démarches en cours d'année et vous permettre d'être réactifs face à une situation d'urgence, nous vous conseillons de **renseigner ce dossier dès à présent.**

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Le destinataire des données est le secrétariat scolaire. Conformément à la loi « informatique et libertés » vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au secrétariat scolaire. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.*