



**Dossier d'inscriptions**  
**Cantine - Garderie Pré-Post scolaire - mercredis**  
**Accueil de loisirs**

**MAIRIE DE BOISSY-LE-CHATEL**  
 Affaires périscolaires : 01 64 03 12 13

**Enfant**

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
 Classe : .....

**Responsable légal**

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 N° téléphone : ..... N° portable mère : .....  
 N° portable père : .....

**Frère(s) et sœur(s)**

Nom	Prénom	Date de naissance

**Profession des parents**

Mère : .....  
 Employeur : .....  
 Adresse : .....  
 N° téléphone : .....  
 Régime général  Régime agricole  Autres (SNCF, EDF/GDF, RATP)

Père : .....  
 Employeur : .....  
 Adresse : .....  
 N° téléphone : .....  
 Régime général  Régime agricole  Autres (SNCF, EDF/GDF, RATP)

N° de sécurité sociale : .....  
 N° CAF : .....  
 Assurance : ..... N° de police : .....  
 Mutuelle : ..... N° d'adhérent : .....

**Fiche sanitaire de liaison**

Médecin traitant : .....  
 Téléphone : .....  
 Centre de soins : .....  
 Téléphone : .....

**Vaccinations (joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé, merci d'indiquer le nom de l'enfant)**

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?.....  
 .....

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

L'enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes :  
 (Merci de compléter en totalité les informations ci-dessous)

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHMES	ROUGEOLE	OREILLONS
NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :

.....  
 .....

Groupe sanguin : ..... positif  négatif

**Repas sans porc : oui  non**

Recommandations des parents : .....  
 .....

L'enfant suit-il un traitement ? oui  non

Si oui, joindre obligatoirement un P.A.I (projet d'accueil individualisé)

**Personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à récupérer mon enfant (Une pièce d'identité sera demandée à la personne MAJEUR habilitée)**

Nom : ..... Qualité : ..... tel : .....  
 Nom : ..... Qualité : ..... tel : .....  
 Nom : ..... Qualité : ..... tel : .....  
 Nom : ..... Qualité : ..... tel : .....  
 Nom : ..... Qualité : ..... tel : .....

## INSCRIPTIONS

**(dans la limite des places disponibles)**

### Cantine

Je souhaite inscrire mon enfant à la cantine dès le .....

Tous les jours

Plusieurs jours par semaine  , préciser les jours :.....

Au planning  Parfois

### Etude surveillée (lundi, mardi, jeudi et vendredi soir de 16 h 30 à 17 h 30)

**(Réservée aux élèves de primaire)**

Je souhaite inscrire mon enfant à l'étude dès le .....

Tous les mois

Quelques semaines

### Garderie scolaire

Je souhaite inscrire mon enfant à la garderie dès le .....

Matin  Soir

Tous les jours

Plusieurs jours par semaine  , préciser les jours :.....

Au planning  (**inscription le 25 du mois précédent**)

### Mercredis récréatifs

Je souhaite inscrire mon enfant aux mercredis dès le .....

Tous les mois

Au planning  (**inscription le 25 du mois précédent**)

### Accueil de loisirs (vacances : Toussaint, hiver, printemps et été)

**Fermé pendant les vacances de Noël**

Réservation en mairie pour chaque période d'inscription.

### Informations aux parents (mercredis récréatifs – Accueil de loisirs)

Merci de munir votre enfant de vêtements et chaussures adaptés à la météo et aux activités proposées (pendant les vacances scolaires votre enfant devra apporter un sac à dos et une gourde vide).

## Autorisation des parents

(Inscriptions cantine, garderie, accueil de loisirs, mercredis récréatifs)

### **Barrer les mentions inutiles**

- à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions des médecins ;
- à participer aux sorties et excursions et de ce fait prendre tous moyens de locomotions (bus, à pied...) ;
- à participer aux baignades ;
- accepte que les photos et les images vidéos de mon enfant puissent être utilisées dans le cadre des informations municipales et intercommunales ;
- accepte les activités maquillage
- certifie avoir contracté pour mon enfant une assurance couvrant la responsabilité civile et le risque « accident corporel individuel », (*joindre une attestation*) ;

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement des services périscolaires et en accepter les conditions.

Merci de bien vouloir déposer votre document en mairie, secrétariat du service périscolaire.

A Boissy-le-Châtel,  
le

**Signature responsable légal**

**Date de réception**

**Cachet de la mairie**