



SITE(S) : .....

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE  
 NAP

MERCREDI APRES MIDI  
 RESTAURATION SCOLAIRE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

**Parents :**                                  **Responsable légal**                                  **Autre Parent**                                  **Conjoint (pour les familles recomposées)**

NOM			
PRÉNOM			
SITUATION FAMILIALE (marié, séparé....)			
ADRESSE CODE POSTAL COMMUNE			
DATE DE NAISSANCE			
MAIL			
Téléphone DOMICILE			
Téléphone PORTABLE			
Téléphone PROFESSIONNEL			
N° Sécurité Sociale ou MSA			
PROFESSION			
NOM ADRESSE EMPLOYEUR			

RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES À LA FACTURATION DES PRESTATIONS

**Coordonnées du redevable légal (la facture est établie à ce nom) :**

Mr  Mme   
Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....

Mode de garde :  conjointe  exclusive  alternée

**Si garde alternée : Joindre impérativement le calendrier de garde et indiquer les coordonnées du 2<sup>ème</sup> redevable légal.**

## AUTORISATION DE RECHERCHE DU QUOTIENT FAMILIAL CAF

En cas de régime spécifique (MSA, SNCF...) Joindre une attestation récente mentionnant votre quotient familial.

Je soussigné(e) (Nom et prénom de l'allocataire CAF) : .....  
donne l'autorisation à la 2C2R et à la commune de consulter mon quotient familial depuis le site de la C.A.F grâce à mon n° d'allocataire porté ci-dessous.

Ce quotient, valable pour la durée de l'année scolaire, sera uniquement utilisé pour calculer la participation financière ou l'aide communale aux différents services périscolaires ou extra scolaires.

**N° CAF (IMPÉRATIF) :**  
(7 chiffres)

**Signature**

**SANS NUMERO CAF OU ATTESTATION, LE TARIF LE PLUS ÉLEVÉ VOUS SERA APPLIQUÉ.**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE (VOS) ENFANT(S)

**Nom de l'enfant :** ..... Sexe  F –  M

**Prénom :** ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

**Ecole fréquentée :** .....

**Classe :** .....

**Autorisation de rentrer seul pour les enfants de plus de 6 ans :**

Accueil périscolaire  NAP

**Nom de l'enfant :** ..... Sexe  F –  M

**Prénom :** ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

**Ecole fréquentée :** .....

**Classe :** .....

**Autorisation de rentrer seul pour les enfants de plus de 6 ans :**

Accueil périscolaire  NAP

**Nom de l'enfant :** ..... Sexe  F –  M

**Prénom :** ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

**Ecole fréquentée :** .....

**Classe :** .....

**Autorisation de rentrer seul pour les enfants de plus de 6 ans :**

Accueil périscolaire  NAP

**Nom de l'enfant :** ..... Sexe  F –  M

**Prénom :** ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

**Ecole fréquentée :** .....

**Classe :** .....

**Autorisation de rentrer seul pour les enfants de plus de 6 ans :**

Accueil périscolaire  NAP

## AUTORISATION PHOTOGRAPHIE

Je soussigné(e)  Mme –  Mr .....  
responsable légal, autorise le(s) enfant(s) : .....,  
.....

à être photographié(s) et/ou filmé(s) lors d'un reportage (photos ou vidéos) effectué pour la 2C2R.  
et j'autorise l'utilisation et la diffusion de ces photographies ou vidéos ou expositions dans le bulletin  
municipal et intercommunal ainsi que sur les sites officiels internet, et les journaux locaux, pour  
l'année scolaire 2016-2017.

Signature précédée de la mention  
« Lu et approuvé » obligatoire

## AUTRES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT / HABILITÉS À RÉCUPÉRER LE(S) ENFANT(S)

	Contact 1	Contact 2	Contact 3
NOM			
PRÉNOM			
Famille, ami, voisin ...			
TÉL. DOMICILE			
TÉL. PORTABLE			

Assurance Responsabilité Civile (n° police, nom, adresse) : .....

.....

## LA RESTAURATION

Le repas est fourni et facturé par la **mairie**. Le prix du repas est établi par délibération du conseil municipal. Il peut être revu annuellement.

## TARIFICATION DE L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

### LES NOUVELLES ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES (NAP)

Le service est **gratuit** pour les familles (financé par la 2C2R).

### L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE ET MERCREDI

Le service est payant : le tarif est calculé en fonction du quotient familial établi par la CAF. Vous trouverez le détail des tarifs dans le règlement intérieur.

Les imprimés d'inscription sont disponibles à la 2C2R, 9 rue du Docteur Lahalle à Rambervillers, dans les Accueils Péricolaires et sur le site internet [www.2c2r.fr](http://www.2c2r.fr).

Je soussigné(e)  Mme –  Mr .....

Responsable légal en qualité de Père – Mère – Tuteur (rayer les mentions inutiles)

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter le règlement intérieur et les modalités de fonctionnement de ces services.

A ..... **Signature obligatoire**

Le .....



**VEUILLEZ NOUS INDIQUER TOUTES MODIFICATIONS RELATIVES  
A VOS DONNÉES PERSONNELLES SURVENUES AU COURS DE L'ANNÉE.**

*Les informations qui vous concernent sont destinées à la 2C2R et à la commune.*

*En aucun cas elles ne seront communiquées à des tiers (partenaires commerciaux, etc...)*

*Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant (art. 34 de la loi 'informatique et Libertés').*

*Pour l'exercer, adressez-vous à la*

*2C2R – 9, rue du docteur Lahalle – 88700 RAMBERVILLERS ou à votre commune*

## UNE FICHE A REMPLIR PAR ENFANT.

### L'ENFANT

**NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** ..... **MASCULIN**  **FÉMININ**

### 1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Une photocopie vaut certificat de vaccination s'il porte le nom de l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétra coq					
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 à l'accueil périscolaire ? 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.

**Nom du médecin traitant** .....

A titre indicatif : l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>RUBÉOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

### **PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À 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 : (\*au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

\* DES LUNETTES\* : oui  non

\* DES LENTILLES\* : oui  non

\* DES PROTHÈSES AUDITIVES\* : oui  non

\* DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE\* : oui  non

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

### 4- AUTORISATION

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

☺ J'autorise mon enfant à être maquillé pour certaines activités : oui  non

### 5- LES PARENTS DE L'ENFANT

NOM		
PRÉNOM		
ADRESSE CODE POSTAL COMMUNE		
TÉLÉPHONE FIXE		
PORTABLE		
TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL		

Je soussigné(e),.....

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 seul(s) habilités à définir l'hôpital de secteur.**

Date : .....

Signature

.....