

Dossier d'inscription Accueils Collectifs de Mineurs (Valable de sept.2024 à sept.2025)

Dossier unique valable pour l'ensemble des accueils collectifs de mineurs municipaux. Merci de cocher, les accueils souhaités :

- Accueil Extrascolaire 11-17ans (foyer des jeunes)
 - Accueil Extrascolaire 03-14 ans (Villargelle)
- Accueil Périscolaire (accueil matin et soir ainsi que la **cantine** école Jules Ferry Noves et Louise Michel Paluds-de-Noves)
 - Accueil Périscolaire du mercredi (Villargelle)

Pièces à fournir pour la constitution du dossier d'inscription

- La fiche de renseignements et la fiche sanitaire complétées et signées (recto/verso)
- L'attestation d'assurance de responsabilité civile pour l'année scolaire en cours
- Un justificatif de domicile (facture EDF ou téléphone de moins de trois mois)
 - Photocopie des vaccins à jour

Pour l'inscription aux Accueils :

Extrascolaire sur Villargelle et Périscolaire (matin, soir et mercredi)

- Les justificatifs d'employeurs
- Le quotient familial CAF

Attention, tout dossier non complet ne sera pas pris en compte

MAIRIE DE NOVES SERVICE ENFANCE JEUNESSE

Contact périscolaire et foyer des jeunes ☎ : 04.90.24.43.23 ✉ : fdj@noves.fr

Contact Villargelle : ☎ : 04.90.94.12.47 ✉ : villargelle@noves.fr

Horaires & périodes d'ouverture des Accueils municipaux

Accueil Extrascolaire* 11-17ans (foyer des jeunes)

Pendant les vacances scolaire (excepté les vacances de Noel) de 08h30 à 18H00

Accueil Extrascolaire* 03-14 ans (Villargelle)

Pendant les vacances scolaire (excepté les vacances de Noel) de 08h00 à 18h00

Accueil Périscolaire* matin, cantine et soir

De 07h30 à 08h30, de 11h30 à 13h30 et de 16h30 à 18h00 :Ecole Jules Ferry à
Noves

De 08h00 à 09h00, de 12h00 à 13h30 et de 16h30 à 18h00 : Ecole Louise Michel
au Paluds-de-Noves

Accueil Périscolaire* du mercredi (Villargelle)

De 08h00 à 18h00

Extrascolaire : Accueil ouvert uniquement lors des vacances scolaires

Périscolaire : Accueil ouvert sur le temps scolaire

FICHE DE RENSEIGNEMENT 2024/2025

NOM DE L'ENFANT : **PRENOM** :

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

L'enfant vit chez : ses deux parents sa mère son père

en alternance (à préciser) :

en famille d'accueil (à préciser) :

autre (à préciser) :

Renseignement responsable 1 :

NOM :PRENOM :

☒ Adresse :

@Mail :

☎ portable :/...../...../...../..... ☎ fixe :/...../...../...../..... ☎ travail :/...../...../...../.....

Renseignement responsable 2 :

NOM :PRENOM :

☒ Adresse :

@Mail :

☎ portable :/...../...../...../..... ☎ fixe :/...../...../...../..... ☎ travail :/...../...../...../.....

Autre responsable légal

Organisme/Personne référent

☒ Adresse :

@Mail :

☎ portable :/...../...../...../..... ☎ fixe :/...../...../...../..... ☎ travail :/...../...../...../.....

☞ **En cas de divorce** merci de nous communiquer les informations nécessaires à la garde de l'enfant.

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : oui non Individuelle accident : oui non

Compagnie d'assurance :

N° de police d'assurance :

Il est fortement recommandé aux familles de souscrire une assurance dommages corporels complémentaires.

AUTORISATION DE SORTIE APRES LES ACTIVITES

- J'autorise mon enfant à partir seul, a pieds, en vélo, trottinette, ou moto.
- Je n'autorise pas mon enfant à partir seul. Je viendrais dans ce cas-là, le récupérer après chaque fin d'activité.

Personne habilitée à venir récupérer l'enfant (autre que les parents)

.....
.....

Personne à prévenir en cas d'accident (nom prénom numéro de téléphone)

.....
.....

DROIT A L'IMAGE

Votre (os) enfant (s) peut (vent) faire l'objet de prise de vue. Ces photographies pourront être diffusées à des fins internes (affichage dans les locaux) ou externes (prospectus, articles municipaux, site internet municipal, facebook, article de presse.)

J'autorise la diffusion des images

Je n'autorise pas la diffusion des images

Je soussigné(e),père, mère, représentant légal de l'enfant,

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, autorise le responsable du l'accueil à prendre le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil.

A Noves le,

Signature du ou des parents

FICHE SANITAIRE 2024/2025

Mineur accueilli : fille garçon

nom : Prénom :

Date de naissance :

Responsable (s) légal :

NOM : PRENOM :

☒ Adresse :

.....
.....

@Mail :

☎ portable :/...../...../...../..... ☎ fixe :/...../...../...../..... ☎ travail :/...../...../...../.....

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant, et *joindre une copie obligatoirement*)

Vaccins obligatoires	Dates du dernier rappel	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-oreillons-rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
		BCG	
		Autres (<i>préciser</i>)	

Renseignements médicaux concernant le mineur accueilli :

☞ Le mineur présente-t-il des troubles de la santé ?

Allergies médicamenteuses : oui non - préciser :

Allergies alimentaires : oui non - préciser :

Autres allergies : oui non- préciser :

Asthme : oui non- préciser :

Diabète : oui non- préciser :

Épilepsie : oui non- préciser :

Autres : oui non- préciser :

↪ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

↪ L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? oui non

Merci de prendre contact avec le responsable de l'accueil.

↪ Le mineur est-il en situation de handicap ? oui non

Si oui, merci de fournir **obligatoirement** la notification MDPH.

↪ Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre (P.A.I) ? oui non

Merci de fournir **obligatoirement** une copie ou prendre contact avec le responsable de l'accueil.

Indiquer les **difficultés de santé** :(maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?.....

.....
.....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

à Noves, le :