

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e).....  
Représentant légal du mineur.....

AUTORISE GRACIEUSEMENT les services de la mairie de ROCHECORBON à utiliser l'image de mon enfant

- sur le **site internet de la commune** dans le cadre des activités pédagogiques scolaires ou périscolaires
- dans **les supports de communication papier** (bulletin municipal, affiches, expositions, journal scolaire, presse locale et nationale....)
- N'AUTORISE PAS** la publication d'images de mon enfant

Tout changement de situation (familiale, domicile, nouvel employeur...) en cours d'année devra être signalé auprès de la régie en mairie.

Les représentants légaux attestent avoir pris connaissance des règlements intérieurs pour chaque activité (accueil périscolaire, ALSH, restaurant scolaire) et s'engagent à les respecter.

Je soussigné..... atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent dossier.

FAIT A ROCHECORBON, LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du père ou (et) signature de la mère ou Responsable légal de l'enfant



**Année 2023 – 2024**  
**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION**  
**à remettre en mairie sous pli cacheté**  
**ou par mail à**  
**contact@mairie-rochecorbon.fr**

Cadre réservé à l'administration  
 Date d'arrivée :

- SCOLAIRE MATERNELLE**  TPS  PS  MS  GS  
**SCOLAIRE ELEMENTAIRE**  CP  CE1  CE2  CM1  CM2  
**AUTRES ACTIVITES : RESTAURATION SCOLAIRE – ALSH – MULTI-ACCUEIL**

**VOTRE ENFANT**

NOM : ..... PRENOMS : .....  
 SEXE :  FEMININ  MASCULIN (dans l'ordre d'état civil)  
 Date naissance : ...../...../..... Lieu naissance .....  
 Département ou Pays : .....

SCOLARISATION OU MODE DE GARDE ANTERIEUR : .....

VACCIN : (PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE)

**CONTACTS**

ADRESSE où vit l'enfant : (précisez les deux adresses en cas de garde alternée)

MONSIEUR  MADAME  M. ET MME  MONSIEUR  MADAME  M. ET MME  
 \*Appt..... N° ..... \*Appt..... N° .....  
 Rue..... Rue .....  
 CODE POSTAL : ..... CODE POSTAL : .....  
 VILLE : ..... VILLE : .....

	PERE	MERE
TEL. DOMICILE		
TEL. PROFESSIONNEL		
TEL. PORTABLE		
EMAIL		

**LA FAMILLE**

Situation familiale :  Marié(e)  Couple  Célibataire  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Séparé(e)  
 Nombre d'enfants à charge : .....

	RESPONSABLE LEGAL 1 <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE	RESPONSABLE LEGAL 2 <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE
NOM /NOM DE JEUNE FILLE		
PRENOM		
PROFESSION		
EMPLOYEUR (NOM ET ADRESSE)		
N° SECURITE SOCIALE AUQUEL EST RATTACHE L'ENFANT		
REGIME GENERAL (ALLOCATAIRE CAF)		
CAF N° (OBLIGATOIRE)		
REGIME SPECIAL MSA OU AUTRE		

**RENSEIGNEZ LES PERSONNES AUTORISEES (AUTRES QUE LES RESPONSABLES LEGAUX)  
A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable et ce à l'exclusion de tout mineur excepté pour l'école sur autorisation écrite. L'enfant sera remis à la personne désignée ci-dessous sur présentation d'une pièce d'identité.

Nom	Prénom	Qualité (oncle, grands parents...)	Adresse	Téléphones/email
				F : ..... P : ..... @ : .....
				F : ..... P : ..... @ : .....
				F : ..... P : ..... @ : .....
				F : ..... P : ..... @ : .....
				F : ..... P : ..... @ : .....

**AUTORISATION DE SORTIE ET DE PARTICIPATION AUX ACTIVITES ORGANISEES  
PAR LA MUNICIPALITE**

JE SOUSSIGNE(E) : MONSIEUR \_\_\_\_\_  
MADAME \_\_\_\_\_

- AUTORISE** MON ENFANT (+ de 6 ans uniquement) à quitter seul les structures
- AUTORISE** MON ENFANT à participer à diverses activités et sorties organisées par le Multi-Accueil de Rochecorbon
- N'AUTORISE PAS** MON ENFANT à participer aux activités suivantes :

**SOUHAITEZ-VOUS** QUE VOTRE ENFANT fréquente l'ALSH mercredis / vacances:

Les inscriptions sont ouvertes sur le portail monespacefamille.fr selon le calendrier disponible sur le site de la commune : mairie-rochecorbon.fr

ALSH MERCREDIS)

<b>A L'ANNEE</b> (l'enregistrement des inscriptions est effectué par les services de la mairie)	<b>OCCASIONNEL</b> (vous devez obligatoirement inscrire votre enfant sur le portail : monespacefamille.fr)
JOURNEE	
MATIN	
MATIN + REPAS	
REPAS + APRES-MIDI	
APRES-MIDI	

ALSH VACANCE: inscription obligatoire en ligne sur le portail : monespacefamille.fr

**ACCUEIL PERISCOLAIRE / ETUDE SURVEILLEE**

**SOUHAITEZ-VOUS** QUE VOTRE ENFANT RESTE A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE (GARDERIE) ?

OUI  NON

<b>A L'ANNEE</b> (l'enregistrement des inscriptions est effectué par les services de la mairie)	<b>OCCASIONNEL</b> (vous devez obligatoirement inscrire votre enfant sur le portail : monespacefamille.fr)			
	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN 7H30-8H00				
MATIN 8H00 -9H00				
SOIR 16H30 – 17H30				
SOIR 17H30 – 18H30				

**SOUHAITEZ-VOUS** QUE VOTRE ENFANT RESTE A L'ETUDE SURVEILLEE (LUNDI, MARDI, JEUDI DE 16H30 A 17H30) ?

INSCRIPTION DU CE1 AU CM2 POUR UN TRIMESTRE VIA LA FICHE D'INSCRIPTION (DISPONIBLE SUR LE SITE DE LA COMMUNE)

OUI  NON

**RESTAURATION SCOLAIRE**

**SOUHAITEZ-VOUS** QUE VOTRE ENFANT MANGE AU RESTAURANT SCOLAIRE MUNICIPAL ?

OUI  NON

<b>A L'ANNEE</b> (l'enregistrement des inscriptions est effectué par les services de la mairie)				<b>OCCASIONNEL</b>
LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	

**NB** : L'acceptation à la restauration scolaire d'un enfant présentant des problèmes de santé et/ou d'allergie(s) alimentaire(s) est conditionnée à l'avis obligatoire du médecin scolaire et à la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)

**RAPPEL**

En cas d'urgence, l'enfant accidenté ou malade est orienté par les services de secours (Pompiers ou SAMU) vers l'hôpital le plus proche et/ou le mieux adapté. Dans le cas contraire, préciser l'établissement souhaité.....  
La famille et/ou les personnes désignées page 2 sont immédiatement avertis.  
Tout changement dans la situation familiale doit être signalé au service enfance de la mairie auprès de Mme THOURAINE (mail : regie@mairie-rochecorbon.fr).

**PIECE A FOURNIR LORS DU DEPOT DU DOSSIER D'INSCRIPTION EN MAIRIE**

Justificatif de domiciliation sur la commune de Rochecorbon et/ou de contribuable (taxes locales : foncier, habitation...)

## **MERCI DE BIEN VOULOIR JOINDRE AU DOSSIER**

- Photocopie du livret de famille complet
- Ordonnance de jugement en cas de divorce ou de séparation
- Attestation CAF ou MSA ou autres
- Copie attestation sécurité sociale justifiant de vos droits
- Fiche sanitaire de liaison dûment remplie
- Fiche de renseignements Ecoles dûment remplie
- Photocopie du carnet de santé

## **PIECE A REMETTRE POUR LA RENTREE DE SEPTEMBRE**

- Attestation d'assurance  
(Extrascolaire, Responsabilité Civile, individuelle accident....).  
**Prévoir deux exemplaires :**  
**un pour le dossier école et un pour le dossier régie.**
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition.  
*Attention, sans pièces justificative, la facturation sera établie au taux le plus élevé.*



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

## DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui / non		DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant 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

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

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

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

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

## INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

## 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES**  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

Mairie : 02 47 52 50  
ALSH : 02 47 52 89 09 / 06 67 20 24 01  
Accueil primaire : 02 47 52 61 42