



**SERVICE E.J.E.**  
Centre Administratif  
146, Avenue de la Plage  
Tél. 04 67 32 63 80  
E-Mail : [eje@ville-serignan.fr](mailto:eje@ville-serignan.fr)



**FICHE D'INSCRIPTION ANNEE.....**  
**Accueil de Loisirs Périscolaire (A.L.P)**  
**Et Restaurant Scolaire**  
Ce questionnaire comportant des *informations essentielles* pour l'admission de votre enfant en péri-scolaire, nous vous remercions d'y répondre soigneusement.

RAPPEL DES HORAIRES : A.L.P

7H30-8H30 11H50-13H40 16H40-18H15 pour Paul BERT (Tél : 04 67 32 15 23)  
7H30-8H30 12H-13H30 16H30-18H15 pour Ferdinand BUISSON (Tél : 04 67 32 15 23)  
7h30-8h20 11h40-13h20 16h20-18h15 pour Jules FERRY (Tél : 04 67 26 68 54)

Les parents sont tenus de respecter ces horaires. En cas de force majeure, prière de prévenir l'école ou les animateurs. Merci de votre compréhension.

NOM, PRENOM DE L'ENFANT.....  
DATE ET LIEU DE NAISSANCE.....  
NOM, PRENOM DU PARENT AYANT L'ENFANT A CHARGE :.....  
TEL PORTABLE..... DOMICILE..... TRAVAIL.....  
ADRESSE .....  
PROFESSION.....  
N° CAF ..... N° Sécurité sociale .....  
Régime général/M.S.A, autre (précisez).....  
Si vous souhaitez recevoir le lien internet pour toutes réservations ALP:  
E-MAIL .....  
NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE.....  
NOM, PRENOM DE L'AUTRE PARENT.....  
ADRESSE.....  
TEL DOMICILE ..... PORTABLE..... TRAVAIL.....  
PROFESSION.....  
NOM DE LA (OU DES) PERSONNE (S) SUSCEPTIBLE (S) DE VENIR CHERCHER L'ENFANT :  
.....Tél.....  
.....Tél.....  
.....Tél.....  
.....Tél.....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### ENFANT

NOM : .....  
PRENOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : .....  
GARCON       FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

NOM DU MEDECIN TRAITANT .....

TYPE DE REPAS :    NORMAL     SANS PORC     VEGETARIEN

### VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) ou photocopies

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	OUI	DATES
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			R.O.R		
Poliomyélite			Coqueluche		
Ou DT polio			Autres (préciser)		
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'année ? Oui  non

Si oui joindre une ordonnance, le PAI récents et les médicaments correspondants  
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) **OBLIGATOIRE**

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE ET SANS PAI**

<b>RUBEOLE</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 AIGU</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 :**      ASTHMES      Oui  non       MEDICAMENTEUSES      Oui  non   
                         ALIMENTAIRES      Oui  non       AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIES ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

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

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE ;

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

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

**AUTRES :**

**En cas de séparation des parents, merci de nous fournir une copie du jugement concernant la garde de l'enfant  
Si pas d'ordre de jugement, veuillez remplir l'autorisation pour que l'autre parent puisse récupérer ou non l'enfant.**

**AUTORISATION :**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| -Prise et diffusion d'images et vidéo                        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Transport en véhicule municipal ou autre (secours, bus,...) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Hospitalisation au plus proche                              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Pratiquer une anesthésie générale                           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Rentrer seul  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts  
Les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'A.L.P à prendre, le cas échéant,  
Toutes mesures, en cas d'accident, de maladie, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale  
rendue nécessaires par l'état de l'enfant.

« Je déclare exact les renseignements portés  
Sur cette fiche d'inscription »

SERIGNAN le .....  
Signature

## NOUVELLE TARIFICATION

Dans le cadre de son action sociale, la municipalité a souhaité mettre en place une nouvelle tarification, plus équitable, sur le service de la restauration scolaire pour les familles domiciliées à Sérignan.

La grille tarifaire est indexée selon 2 niveaux :

- 1<sup>er</sup> niveau : le total du revenu annuel imposable du foyer divisé par le nombre de parents (pour tenir compte des familles mono et biparentales).  
L'avis d'imposition n-1 du ou des parents ayant la charge de l'enfant fera référence jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.  
Pour la tarification à compter du 1<sup>er</sup> janvier, le nouveau avis d'imposition vous sera demandé ultérieurement.
- 2<sup>ème</sup> niveau : le nombre d'enfants à charge du (ou des) parents au sens des prestations familiales.

Afin de fixer le prix du repas et de la garderie, il vous est demandé de fournir **OBLIGATOIREMENT**

- Copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition n-1
- Copie vaccination à jour de votre enfant

**Ces informations resteront strictement confidentielles.**

Des contrôles seront effectués, les informations fournies seront croisées avec le fichier CAF.

ATTENTION : les réductions ne s'appliqueront pas en cas de dossier incomplet.

### GRILLE TARIFAIRE APPLICABLE

ENFANTS A CHARGE	REVENU ANNUEL IMPOSABLE MOYEN PAR PARENT HORS PRESTATIONS FAMILIALES		
	- de 10 000 €	De 10 à 20 000 €	+ de 20 000 €
1	3,40 €	4,10 €	4,40 €
2	3,20 €	4 €	4,35 €
3 et plus	3 €	3,90 €	4,25 €

Pour les familles non domiciliées à Sérignan le tarif unique est fixé à : 4,90 €.

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire et vous prions de le retourner le plus rapidement au service E.J.E