



**FEUILLE D'INSCRIPTION VILLE D'ONNAING  
POUR TOUTES LES ACTIVITES EXTRA ET PERISCOLAIRES**

Accueil de Loisirs, Séjour de Vacances, Garderies, Activités Sportives, Restauration

Photo

**ENFANT RENTREE SCOLAIRE SEPTEMBRE 2019/2020**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : ...../...../..... Lieu de Naissance : .....	Ecole : ..... Classe : ..... Nom du Professeur : .....
--	---

**VEUILLEZ PRECISER LE RESPONSABLE LEGAL, Père , Mère , Autre  : M., Mme .....**  
*Le responsable légal est le destinataire redevable de la facturation et de tous les courriers. En cas de situation particulière de l'autorité parentale, veuillez le signaler.*

ETAT CIVIL DU PERE	ETAT CIVIL DE LA MERE
Nom : ..... Prénom : .....	Nom : ..... Prénom : .....
Adresse :	Adresse :
Code postal : ..... Ville : .....	Code postal : ..... Ville : .....
Tél. domicile : .....	Tél. domicile : .....
Portable : .....	Portable : .....
Adresse Mail : .....	Adresse Mail : .....
Profession : .....	Profession : .....
Employeur – Nom Adresse :	Employeur – Nom Adresse :
Tél. travail : .....	Tél. travail : .....

**TARIFICATION SUIVANT LE QUOTIENT FAMILIAL**

*La tarification de l'ensemble des prestations périscolaires est établie selon le quotient familial.  
 A noter ! Pour les familles ne fournissant aucune information, le tarif maximal sera automatiquement appliqué, sans effet rétroactif.*

Vous êtes allocataire CAF, veuillez indiquer votre numéro d'allocataire qui permettra de définir votre quotient familial. Merci de bien vouloir apporter la copie de votre dernière feuille d'impôt pour chaque parent	<b>Numéro d'allocataire / Quotient Familial</b> N° Allocataire : ..... N° QF : .....
---	---

**J'autorise le Pôle Educatif et le Service Facturation de la Ville d'Onnaing à consulter les éléments de mon dossier CAF OUI  NON**

Indiquez votre choix :  Marié  Pacsé  Concubinage  Célibataire  Séparé  Divorcé

**PERSONNES AUTORISEES A REPREDRE L'ENFANT ET/OU A PREVENIR D'URGENCE**

(Il convient que cette personne soit en possession d'une pièce d'identité)

Nom – Prénom (lien de parenté)	Tél. domicile	Tél. travail	Tél. bureau

**Veillez cocher l'Activité choisie**

*Si l'activité n'est pas cochée, l'enfant ne sera pas considéré comme inscrit dans celle-ci ! Inscription dans la limite des places disponibles !*

Activités Sportives Petites et Grandes Vacances et durant les périodes scolaires			
Baby Gym	Multi-Activités	Futsal	
Sports Quartiers/Hiver	Sports Quartiers/Printemps	Sports Quartiers/Juillet	
Sports Quartiers/Août	Sports Quartiers/Automne		

autorisons notre enfant, dans le cadre des activités, à effectuer des déplacements en bus ou minibus, **OUI  NON**   
 autorisons notre enfant à quitter le lieu de l'accueil, **SEUL**, à l'issue des activités, **OUI  NON**   
 certifions avoir pris connaissance du règlement des différents accueils de loisirs proposés par la municipalité d'ONNAING  
 nous nous engageons à signaler immédiatement tout changement ou modification de situation.

**VACCINATIONS OBLIGATOIRES : FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTÉ (page vaccinations)**

*Pour les activités sportives et les Accueils de Loisirs des petites Vacances (Automne, Hiver, Printemps), des affiches seront diffusées aux portes des écoles indiquant les dates d'inscriptions pour les différentes périodes. Venir s'inscrire au Secrétariat du Pôle Educatif ou appeler au 03.27.20.34.26 si votre dossier est déjà complet. Pour tous autres renseignements, consulter le site Internet de la Ville : [www.onnaing.fr](http://www.onnaing.fr), rubrique Education/Jeunesse*

**Informations concernant le TRANSPORT Accueil de Loisirs du Mois de Juillet uniquement**

Veillez indiquer si votre enfant prendra la navette avant et après le Centre de Loisirs **OUI  NON**   
 Arrêt de Bus ( Barrer la mention inutile ) : Cuvinot  4 Chasses  Centre

## SECURITE DES ACTIVITES SPORTIVES

1) Informations et Documents à fournir uniquement dans le cadre d'une activité **nautique** (canoë-kayak, voile, etc.) lors de votre inscription à un Accueil de Loisirs ou un séjour de Vacances : Votre enfant sait-il nager ? **OUI**  **NON**   
Si oui, fournir une photocopie d'un brevet de natation et la photocopie du test anti panique.

2) Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive, document à fournir obligatoirement pour toute inscription à une activité sportive organisée par la Ville (Futsal, Baby-Gym, Sports Quartiers, etc.)

### RESTAURATION MUNICIPALE

Attention, veuillez cocher les jours qui vous intéressent **uniquement pendant la période scolaire !**

LUNDI

MARDI

JEUDI

VENDREDI

Soit : ..... jour(s) par semaine

### HABITUDES ALIMENTAIRES

Repas standard

Repas sans porc

Repas sans viande

Autre (PAI)

### ALLERGIES MEDICAMENTEUSES

### ALLERGIES ALIMENTAIRES

### ALLERGIES AUTRES

Précisez

Précisez (certificat médical obligatoire)

Précisez

**Votre enfant fait-il l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) avec un protocole alimentaire très particulier nécessitant une surveillance spécifique pour la prise de son repas ?** **OUI**  **NON**  Si oui, nous fournir la photocopie de ce PAI

Difficulté de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération)

Recommandations utiles des parents (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires etc.)

### MEDICAMENTS

**L'enfant suit-il un traitement médical ?** **OUI**  **NON**

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**Médecin traitant :**

**Tél. médecin :**

**GARDERIE PERISCOLAIRE** Veuillez cocher le(s) forfait(s) qui vous intéresse(nt) pour que votre demande soit prise en compte

LUNDI

MARDI

MERCREDI

JEUDI

VENDREDI

Matin  1h00

Matin  1h00

Matin  1h00

Matin  1h00

Matin  1h00

Soir  1h00  2h00

Soir  1h00  2h00

Soir  1h00  2h00

Soir  1h00  2h00

**Soit un total de : ..... H00 par semaine** Attention, toute heure entamée sera facturée au complet !

**Mercredi**

**Modifications**

**Renouvellement**

Nous soussignés, M., Mme

Responsables légaux de l'enfant (nom et prénom)

- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et autorisons à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de notre enfant.

- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance «responsabilité civile» et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,

Nom de la compagnie et numéro de contrat :

N° Sécurité Sociale ou CMU

Nom et adresse de votre Mutuelle

N° de contrat :

Téléphone :

- Prenons acte que dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées par la municipalité (ACM, Séjours de Vacances, Garderies, Activités Sportives, Restauration, etc.) peut être amenée à prendre des photos des enfants pour illustrer ses supports de communication (journal, affiches, plaquettes à thème, site web, Facebook). Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée, à la diffusion de l'image de notre enfant, et cela à titre gratuit. **Dans le cas contraire, joindre à ce dossier une attestation écrite, datée et signée, précisant votre refus.**

Fait à

Le

Lu et approuvé