



## Prestations Péri et Extrascolaires DOSSIER D'INSCRIPTION 2022 / 2023

  
Service Enfance – Castelrose  
Tél : 01.34.08.19.27 ou 09  
[s.enfance@ville-isle-adam.fr](mailto:s.enfance@ville-isle-adam.fr)

Accueil de Loisirs Jean-Paul Nombrot  
Tél. : 01.34.69.23.84  
[alsh@ville-isle-adam.fr](mailto:alsh@ville-isle-adam.fr)

## Responsables légaux

**A rendre au CASTELROSE avant le 30 JUIN 2022**

**A IMPRIMER EN RECTO VERSO (si possible) – NE RIEN AGRAFER**

### ENFANT :

Nom : ..... Prénom : .....

Ecole Fréquentée en 2022/2023 : ..... Niveau de classe 2022/2023 : .....

### REDEVABLE(S) :

- Nom du responsable redevable .....
- Facturation selon planning de garde alternée (uniquement avec jugement statuant sur la garde alternée).

### FACTURES (mode de transmission)

- Je souhaite :
- Télécharger moi-même mes factures sur le Portail Famille. Je renonce donc à l'envoi par voie postale.
- Recevoir ma facture par courrier.

### PLANNINGS DES PRESTATIONS A GERER PAR LES FAMILLES SUR LE PORTAIL FAMILLE

Régime alimentaire :  Aucun  Sans porc  PAI alimentaire – voir p3 (repas fourni par la famille)

### ACCEPTATION DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

- Déclare avoir pris connaissance et m'engage à respecter le règlement de fonctionnement des prestations périscolaire et extrascolaires (3 /11 ans), téléchargeable sur le site de la ville à partir du 10 juin 2022.

#### Rappels conditions validation du dossier d'inscription :

1/ Le dépôt de ce **dossier complet** (dossier d'inscription + fiche sanitaire de liaison) **est obligatoire** pour valider l'inscription de votre enfant aux prestations choisies pour l'année 2022/2023.

2/ Pour rappel : conformément au règlement de fonctionnement concerné « **Pour toute inscription, les factures doivent être soldées** ».

Si ces deux conditions ne sont pas remplies votre enfant ne pourra pas être accueilli au sein des structures communales.

Fait à ..... Le .....

Signature(s) du ou des représentants légal (aux)

### RESPONSABLE 1 :

Nom – Prénom : .....

Père  Mère  Autre .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél domicile : .....Tél portable : .....

Adresse mail : .....

Profession : .....

En activité :  oui  non

### RESPONSABLE 2 :

Nom – Prénom : .....

Père  Mère  Autre .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél domicile : .....Tél portable : .....

Adresse mail : .....

Profession : .....

En activité :  oui  non

### SITUATION FAMILIALE DES RESPONSABLES LEGAUX

Marié(e)s  Union libre  Pacsé(e)s

Divorcé(e)s  Séparés  Veuf (ve)

### LIEU(X) DE RESIDENCE DE L'ENFANT

Responsable 1  Responsable 2

Alternée

Autre .....

# Fiche Sanitaire de Liaison

## Autorisations

### Règlement de fonctionnement

#### 2022 / 2023

Ce document est valable du 1er septembre 2022 au 31 août 2023. Il est destiné à tous les enfants qui fréquentent la restauration scolaire, le périscolaire et l'extrascolaire.

#### ENFANT :

Nom – Prénom : .....

Date de naissance : .....  garçon  fille

Ecole Fréquentée en 2022/2023 : ..... Niveau de classe 2022/2023 : .....

#### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

**VACCINATIONS :** Les photocopies des vaccins à jours sont à fournir obligatoirement.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

**ATTENTION :** le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

**!** L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) – Dossier de renouvellement sur le site de la Ville

- POUR DE L'ASTHME :  OUI  NON Précisez : .....
- POUR DES ALLERGIES AUX MEDICAMENTS :  OUI  NON Précisez : .....
- POUR DES ALLERGIES ALIMENTAIRES :  OUI  NON Précisez : .....
- Repas fourni par la famille :  OUI  NON
- AUTRES - Précisez : .....

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

- RUBÉOLE     VARICELLE     ANGINE     COQUELUCHE     OTITE
- SCARLATINE     ROUGEOLE     OREILLONS     RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

**L'ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) :  OUI  NON. Précisez les dates et les précautions à prendre : .....

.....

.....

#### **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** : Votre enfant porte-t-il :

- Des lentilles     Des lunettes     Des prothèses auditives     Des prothèses dentaires     Autres
- .....

#### AUTORISATIONS

Je soussigné(e), .....  
autorise :

- OUI  NON mon enfant à se baigner et à pratiquer des activités à caractères sportifs
- OUI  NON la directrice de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et faire pratiquer les interventions d'urgences suivant les prescriptions du médecin.
- OUI  NON la prise de vue et la publication des images sur lesquelles notre enfant apparaît ; ceci sur différents supports utilisés (écrit, électronique, audio-visuel) par la mairie de l'Isle-Adam et représentée par Monsieur le Maire, Sébastien PONIATOWSKI. Nous reconnaissons avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite pour les usages suivants : Publication dans le journal de la ville « Regards », exposition photos, anniversaire, sorties, séjours..., site internet de la commune et réseaux sociaux.  
Si nous recevons des photos ou des films, nous nous engageons à les utiliser uniquement dans le cadre d'un usage familial. Nous reconnaissons également que les utilisations ne peuvent porter atteinte à notre vie privée et plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice. Ces prises de vues ne seront pas exploitées dans un but commercial.  
La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit.

**En mon absence**, j'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant et/ou **en cas de maladie**, à prévenir :

M. ou Mme ..... Tél portable : .....Lien de parenté : .....

M. ou Mme ..... Tél portable : .....Lien de parenté : .....

M. ou Mme ..... Tél portable : .....Lien de parenté : .....

M. ou Mme ..... Tél portable : .....Lien de parenté : .....

M. ou Mme ..... Tél portable : .....Lien de parenté : .....

M. ou Mme ..... Tél portable : .....Lien de parenté : .....

M. ou Mme ..... Tél portable : .....Lien de parenté : .....

M. ou Mme ..... Tél portable : .....Lien de parenté : .....

M. ou Mme ..... Tél portable : .....Lien de parenté : .....