



## DEMANDE D'INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE Année scolaire 2016 - 2017



**Période d'inscription : du 23 mai au 17 juin 2016**

Eléments présents dans cette pochette à compléter et à déposer lors de votre demande d'inscription :

- Une fiche de renseignement
- Une fiche de présence restaurant scolaire
- Un règlement d'accueil restauration scolaire

Les documents à joindre lors de l'inscription :

- le dernier avis d'imposition des membres du foyer (servant également de justificatif de domicile)
- une attestation indiquant que l'enfant bénéficie d'un contrat de responsabilité civile (possible de la déposer fin aout / début septembre 2016)
- La copie du carnet de vaccination de l'enfant.
- Le cas échéant, pour les parents divorcés, séparés, tuteur ou accueillant un enfant en tant que famille d'accueil, la copie de la notification de garde

### **MODE D'EMPLOI :**

#### **Quel document compléter ?**

Lors du dépôt de votre demande d'inscription, votre dossier doit être complet. Les fiches de renseignements et de présence doivent être complétées entièrement et correctement. Les documents à joindre doivent être complets.

Lisez et conservez le règlement d'accueil. Il vous sera utile tout au long de l'année pour gérer la présence de votre enfant.

Les dossiers incomplets ou mal renseignés ne seront pas instruits.

#### **Où déposer le dossier ?**

Le dossier doit être déposé auprès du service « restauration scolaire ».

#### **Votre enfant peut être concerné par plusieurs structures : comment faire ?**

Deux demandes d'inscription doivent être faites. L'une auprès du service « restauration scolaire », l'autre auprès de l'accueil de loisirs concerné. Deux dossiers d'inscription doivent être faits et deux fiches de présence doivent être établies.

**Il est primordial de faire la démarche auprès des deux services afin que votre demande d'inscription soit prise en compte dans toutes les structures demandées.**

**Rappel :**

- Lieu de scolarisation : lieu d'accueil en période périscolaire

Lieu de scolarisation	Lieu d'inscription MIDI	Lieu d'inscription SOIR
Balschwiller, Buethwiller, Eglingen	ALSH de Balschwiller	ALSH de Balschwiller
Bernwiller	Service restauration scolaire	ALSH de Balschwiller
Hecken, Gildwiller, Falkwiller, Diefmatten	Service restauration scolaire	ALSH de Balschwiller
Eteimbes	ALSH de Bréchaumont	ALSH de Bréchaumont
Traubach le Bas, Traubach le Haut, Guevenatten	Service restauration scolaire	ALSH de Bréchaumont
Montreux Vieux	ALSH de Montreux Vieux	ALSH de Montreux Vieux
Montreux Jeune	ALSH de Montreux Vieux	ALSH de Montreux Vieux
Chavannes sur l'Etang	Service restauration scolaire	ALSH de Montreux Vieux
Dannemarie	ALSH de Dannemarie	ALSH de Dannemarie
Ballersdorf	Service restauration scolaire	TAP : ALSH de Dannemarie
Retzwiller	Service restauration scolaire	
Elbach, Wolfersdorf	Service restauration scolaire	
Gommersdorf, Hagenbach	Service restauration scolaire	

- Horaires de réception des dossiers :

Service		contact
<b>Service de restauration scolaire</b>	Lundi, mercredi, jeudi de 14h à 17h Mardi de 15h à 17h ou sur rendez-vous	Adresse : 7 rue de Bâle – 68 210 DANNEMARIE Tel : 03 89 07 24 24 Courriel : e.dasilva@cc-porte-alsace.fr
<b>ALSH de Balschwiller</b>	Lundi, mardi, jeudi, vendredi de 14h à 18h00 Mercredi de 14h à 17h00	Adresse : rue de l'église – 68 210 BALSCHWILLER Tel : 03 89 25 95 20 Courriel : clsh-balschwiller@cc-porte-alsace.fr
<b>ALSH de Bréchaumont</b>	Lundi, mardi, jeudi, vendredi de 14h à 18h00	Adresse : rue des vergers – 68 210 BRECHAUMONT Tel : 03 89 08 06 82 Courriel : clsh-brechaumont@cc-porte-alsace.fr
<b>ALSH de Dannemarie</b>	Lundi, mardi, jeudi, vendredi de 14h à 17h00	Adresse : 13 rue du stade – 68 210 DANNEMARIE Tel : 03 89 08 25 80 Courriel : clsh-dannemarie@cc-porte-alsace.fr
<b>ALSH de Montreux</b>	Lundi, mardi, jeudi, vendredi de 14h à 18h00	Adresse : rue des tilleuls – 68 210 MONTREUX VIEUX Tel : 03 89 23 25 15 Courriel : clsh-montreux@cc-porte-alsace.fr

Informations générales :

Porte d'Alsace – Communauté de Communes

7 rue de Bâle

68 210 Dannemarie

Tel : 03 89 07 24 24

Courriel : info@cc-porte-alsace.fr

Site web : www.cc-porte-alsace.fr



Région de DANNEMARIE



**ENFANT :**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ...../...../.....

**Lieu (dép. / pays) :** .....

**Adresse (si différente du responsable légal) :** .....

**Ecole (= commune si RPI) :** ..... **Classe :** .....

**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :**

**En cas de séparation, de divorce... indiquer le nom et prénom du nouveau conjoint**

	<b>Père ou Conjoint :</b> <input type="checkbox"/> responsable légal de l'enfant <b>Situation :</b> <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> séparé ou divorcé	<b>Mère ou Conjointe :</b> <input type="checkbox"/> responsable légal de l'enfant <b>Situation :</b> <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> séparé ou divorcé
Nom et Prénom		
Date et lieu de naissance		
Adresse du domicile		
Tél. Domicile		
Tél. Portable	<i>numéro à privilégier en cas d'urgence : cocher la case</i>	
Adresse mail		
N° de Sécurité Sociale de l'enfant		
Régime	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> Agricole (MSA) <b>Indiquer le N° Allocataire :</b>	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> Agricole (MSA) <b>Indiquer le N° Allocataire :</b>
Profession		
Employeur (Dénomination et Adresse)		
Tél. Professionnel		

## **1 – Règlement :**

Je m'engage à payer ma ou mes factures dans les délais auprès du Trésor Public. En cas d'impayés, La Porte d'Alsace se réserve le droit de prendre toutes les dispositions nécessaires.

## **2 – J'autorise :**

- Le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical sous l'égide d'un médecin, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant  **OUI**  **NON**
- Mon enfant à partir seul de la structure intercommunale  **OUI**  **NON**
- Les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant s'il ne rentre pas seul ou en cas de maladie (Nom – Prénom – N° de Tél. des personnes autorisées)

.....  
.....

***Les personnes autorisées devront se munir d'une carte d'identité afin de récupérer l'enfant. La Porte d'Alsace sera dégagée de toute responsabilité en cas d'accident à partir du moment où l'enfant aura quitté les lieux.***

- Mon enfant à se baigner  **OUI**  **NON**
- Mon enfant à circuler en bus ou en minibus dans le cadre des activités proposées (Ballade, visite...)  **OUI**  **NON**
- Mon enfant à être filmé et photographié. Les documents photographiques et vidéo sur lesquels mon enfant figure pourront être utilisés pour une diffusion sur des documents de communication non commerciaux, sans contrepartie financière ou de quelque nature que ce soit
  - Diffusion support papier pour tous les services de la Communauté de Communes de La Porte d'Alsace (Bulletin intercommunal, promotion du Service Enfance / Jeunesse, presse locale...)
  - Diffusion sur le site internet de La Porte d'Alsace uniquement **OUI**  **NON**
- OUI**  **NON**

**J'atteste que mon enfant bénéficie d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels il pourrait être exposé dans le cadre de son accueil dans les structures intercommunales, et j'en fournis le justificatif en copie.**

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur la présente feuille de renseignement.

**Fait à ..... le .....**

**Signature :**

**A remplir par l'Administration :**

**Date de dépôt du dossier : ...../...../.....**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**1 - ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU 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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérite				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

**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.

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

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉLÉPHONE (FIXE ET PORTABLE) / DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date: \_\_\_\_\_

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

## COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....

## OBSERVATIONS

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

**ENFANT :**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Ecole (indiquer la commune) :** .....

**Classe :** .....

**Présence de l'enfant au restaurant scolaire :**

	<b>LUNDI</b>	<b>MARDI</b>	<b>JEUDI</b>	<b>VENDREDI</b>
<b>Toutes les semaines</b>				
<b>Uniquement les semaines paires</b>				
<b>Uniquement les semaines impaires</b>				
<b>En fonction du planning professionnel (inscription irrégulière / merci d'indiquer les dates d'inscription souhaitées)</b>				

*Les parents qui souhaiteraient récupérer leur enfant pendant les heures de restauration scolaire devront en faire préalablement la demande auprès du Service de Restauration Scolaire afin qu'une autorisation exceptionnelle soit délivrée. Une carte d'identité devra obligatoirement être présentée afin de pouvoir récupérer l'enfant.*

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, **déclare avoir pris connaissance du Règlement du Service Intercommunal de Restauration Scolaire et certifie en accepter toutes les conditions.** Par ailleurs, **je m'engage à prévenir rapidement le Service de Restauration Scolaire en cas d'absence de mon enfant.** Je m'engage également à vous informer de tout changement de situation familial ou d'ordre médical.

**Fait à .....**

**Le .....**

**Signature du responsable légal :**