



**DEMANDE D'INSCRIPTION – 2019/2020**  
**Services Périscolaires et Mercredis Récréatifs**

A retourner par l'intermédiaire de votre enfant sur son site périscolaire  
 ou par courriel à [jeunesse.cc-cvv@orange.fr](mailto:jeunesse.cc-cvv@orange.fr)  
 ou par courrier ou dépôt dans l'une des maison des services (Commercy, Void ou Vaucouleurs)  
**pour lundi 1<sup>er</sup> juillet au plus tard**

*Il est vivement conseillé de remplir la fiche d'inscription (sans remplir les tableaux 1, 2 et 3) dès à présent même si votre enfant ne fréquente pas le service pour l'instant. Ainsi, en cas de besoin ponctuel en cours d'année, si la fiche est complétée dès maintenant et enregistrée, l'accueil de votre enfant pourra avoir lieu en fonction de la capacité d'accueil du site dans le cadre des limites réglementaires d'encadrement.*

**Renseignements concernant l'enfant**

Nom de l'enfant	Prénom	Date de naissance	Adresse	Ecole	Classe	Garçon Fille

**Renseignements concernant les responsables légaux**

**Personne à facturer :** \_\_\_\_\_

**Représentant légal 1**

**Représentant légal 2**

Nom		
Prénom		
Adresse		
N° téléphone		
N° portable		
e-mail		

N° CAF - obligatoire : .....

**Personnes majeures à contacter en cas d'urgence**  
**Et en cas d'impossibilité de joindre les responsables légaux**

NOM	Prénom	Mobile (ou à défaut fixe)

**Autorisations diverses**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1- J'autorise les animatrices à photographier mon enfant                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 2- J'autorise la CC CVV à diffuser les documents photos où apparaît mon enfant | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 3- J'autorise mon enfant à participer aux sorties                              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

- 4- J'autorise les personnes désignées ci-dessous à prendre en charge mon enfant à la sortie de l'accueil périscolaire :

NOM	Prénom	Téléphone

### **INSCRIPTION REGULIERE au SERVICE PERISCOLAIRE (tableau 1)**

**Indiquez dans les cases l'heure d'arrivée approximative pour le matin et l'heure de départ approximative pour le soir**

<i>r</i> Jours	Accueil du matin <i>Possible à partir de 7 H 00</i> Forfait pour les 2 heures de 1€30 à 1€50 selon QF		Accueil du midi avec repas  Forfait de 3€75 à 3€95 selon QF	Accueil du soir avec goûter <i>Possible jusqu' à 18 H 30</i> de 1€30 à 1€50 €/heure commencée selon QF	
	<i>de 7 H 00 à 7 H 30</i>	<i>de 7 H 30 à l'heure d'école</i>		<i>de l'heure d'école à 17 H 30</i>	<i>de 17 H 30 à 18 H 30 *</i>
Lundi					
Mardi					
Jeudi					
Vendredi					

**Attention :** L'horaire effectif d'ouverture et de fermeture du service sera fixé après recensement des inscrits pour une fréquentation régulière et sera porté à la connaissance des usagers. Pour l'accueil du soir, chaque heure entamée est due.

### **INSCRIPTION REGULIERE aux MERCREDIS RECREATIFS (tableau 2)**

**Merci de cocher les cases ci-dessous**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Matinée sans repas (de 6€60 à 6€80 selon QF)    | <input type="checkbox"/> Matinée avec repas (de 10€60 à 10€80 selon QF)    |
| <input type="checkbox"/> Après-midi sans repas (de 6€60 à 6€80 selon QF) | <input type="checkbox"/> Après-midi avec repas (de 10€60 à 10€80 selon QF) |
| <input type="checkbox"/> Journée sans repas (de 10€40 à 10€80 selon QF)  | <input type="checkbox"/> Journée avec repas (de 14€20 à 14€80 selon QF)    |

Site que votre enfant fréquentera :

- |  |                                   |                                     |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Void-Vacon      | <input type="checkbox"/> Commercy | <input type="checkbox"/> Lérouville |
| <input type="checkbox"/> Maxey sur Vaise | <input type="checkbox"/> Euville  |                                     |

A noter, il y aura un accueil à partir de 7h00 sur les sites de Sorcy Saint Martin, Pagny sur Meuse, Rigny la Salle et Vaucouleurs avec une navette en direction du site le plus proche et un retour sur site le soir à partir de 17h15 jusqu'à 18h30.

### **INSCRIPTION OCCASIONNELLE**

**au SERVICE PERSICOLAIRE et aux MERCREDIS RECREATIFS (tableau 3)**

**Si vous souhaitez faire une inscription occasionnelle, merci de cocher une des cases ci-dessus et d'envoyer un mail à votre site périscolaire (liste disponible sur le site « cc-cvv.fr ») dans un délai minimum de 48h00 avant la fréquentation du service**

- Inscription occasionnelle service périscolaire  
 Inscription occasionnelle mercredis récréatifs  
 Inscription occasionnelle service périscolaire et mercredis récréatifs

Je (nous), responsable(s) légal(aux) susnommé(s) de l'enfant : \_\_\_\_\_  
 ai(avons) bien pris connaissance des modalités d'inscription, de fonctionnement et de facturation des services périscolaires que j'accepte (nous acceptons) par la signature de cette fiche.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature(s)

Responsable légal 1

Responsable légal 2

*Vous pouvez consulter le règlement du service sur le site internet de la CC CVV.*



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p><b>1 - ENFANT</b></p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

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
Diphthérie	<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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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).....

.....

TÉL. 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**

.....

.....

.....

.....

.....

.....