

# PÔLE

*Enfance - Jeunesse*

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

**2023-2024**

**Accueil périscolaire**  
**Restauration scolaire**  
**Accueil de loisirs vacances scolaires**



En partenariat avec  
la Caisse d'Allocations  
Familiales de l'Isère.

La commune de Chapareillan organise :

- **UN SERVICE PÉRISCOLAIRE** (ne fonctionnant que pendant les périodes scolaires) qui comprend : la RESTAURATION SCOLAIRE et L'ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRE (animation avant et après l'école pour les élèves des écoles maternelles et élémentaires).
- **UN SERVICE EXTRASCOLAIRE** pendant les vacances scolaires.

*Ces services sont facultatifs et payants.*

### **Les dossiers d'inscription**

**Un dossier unique d'inscription est à fournir pour les 3 services proposés, mais est**  
**À RENOUELER CHAQUE ANNÉE SCOLAIRE.**

Les dossiers d'inscription sont refusés aux familles n'ayant pas acquitté les factures de l'année scolaire précédente. Aucun dossier d'inscription n'est accepté par téléphone ni reconduit d'une année sur l'autre.

Tout changement d'adresse ou de situation familiale devra être communiqué par les parents.

Dans le cadre des activités, les enfants peuvent être photographiés si vous avez donné votre autorisation dans le dossier d'inscription. Ces photos peuvent être utilisées uniquement dans des communications municipales (site internet, bulletins...)

#### **Pièces à fournir:**

- Fiche d'inscription (comprenant la fiche d'autorisation parentale permettant à d'autres personnes de venir chercher vos enfants et la fiche sanitaire de liaison)**
- Attestation d'assurance extra-scolaire responsabilité civile pour l'année scolaire en cours**
- Attestation CAF ou MSA indiquant Quotient familial du mois de l'inscription**



# DOSSIER D'INSCRIPTION

**2023 - 2024**

**Commun aux 3 services :  
Restaurant scolaire  
Accueil de loisirs périscolaire  
Accueil de loisirs vacances**

## ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  Garçon  Fille

## INSCRIPTION :

Chapareillanais

Extérieur à Chapareillan

Ecole publique maternelle

Ecole publique élémentaire

Ecole Bellecour

Classe : \_\_\_\_\_ Nom de l'enseignant : \_\_\_\_\_

## LES PARENTS : Situation familiale :

Mariés

Pacsés

Vie maritale

Célibataire

Séparés

Veuf(ve)

Divorcés

Nom / prénom du père :

\_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

N° allocataire MSA : \_\_\_\_\_

Quotient : \_\_\_\_\_

Nom / prénom de la mère :

\_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_\_

Tél. Portable : \_\_\_\_\_

Tél. Travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

N° allocataire MSA : \_\_\_\_\_

Quotient : \_\_\_\_\_

# AUTORISATION PARENTALE

ANNÉE SCOLAIRE : 2023 - 2024

Les parents sont priés de venir chercher leur(s) enfant(s) ou bien de le(s) faire récupérer par une ou d'autre(s) personne(s), âgé(es) d'au moins 16 ans (pour l'accueil périscolaire), dont le(s) nom(s) est(sont) communiqué(s) au personnel d'encadrement.

**Il est impératif que les familles respectent l'horaire défini.**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

➤ **AUTORISE** M ou Mme \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_

➤ **AUTORISE** M ou Mme \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_

➤ **AUTORISE** M ou Mme \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_

➤ **AUTORISE** M ou Mme \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_

À venir chercher mon(mes) enfant(s) : nom(s) - prénom(s) :

\* **Autorisation obligatoire :**

J'accepte les règlements de fonctionnement

\* **Autorisations facultatives :**

J'accepte que le pôle enfance-jeunesse consulte et conserve les informations mentionnées sur mes ressources par le biais de CAFPRO ou de la MSA

J'accepte que mon enfant soit pris en photo (Dauphiné, bulletin municipal, expo...)

J'autorise mon enfant à utiliser les transports (car, mini-bus, transports en commun) pour les sorties extérieures

J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul à 18h30 après l'accueil périscolaire du soir

J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul après les activités de l'accueil de loisirs à 17h30 (vacances scolaires)

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

Signature :

# FICHE SANITAIRE 2023-2024

## ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ AGE (à l'inscription) : \_\_\_\_\_

## PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM / PRENOM : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_

## VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		R-O-R	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DTP		BCG	
Ou Tétracoq		autre	

**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.**

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ?  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** (validité maximum d'un an pour les traitements au long cours et récente pour les traitements ponctuels).

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

RUBEOLE  oui  non    VARICELLE  oui  non    ANGINE  oui  non    RHUMATHISME  oui  non    SCARLATINE  oui  non  
COQUELUCHE  oui  non    OTITE  oui  non    ROUGEOLE  oui  non    OREILLONS  oui  non

## ALLERGIES :

ASTHME  oui  non    ALIMENTAIRE  oui  non    MÉDICAMENTEUSE  oui  non    AUTRES \_\_\_\_\_

## ↳ Si allergie :

Avez-vous fourni une ordonnance ?  oui  non

Avez-vous fourni des médicaments ?  oui  non

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

---

---

---

**PRECISEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :**

---

---

---

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES :**

LUNETTES	LENTILLES	PROTHESES AUDITIVES	PROTHESES DENTAIRES	AUTRES
<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	_____

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?  oui  non

Précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des problèmes d'incontinence ?  oui  non

Votre enfant est-elle réglée ?  oui  non

Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

**PRECISEZ LES CONDUITES A TENIR :**

---

---

---

**MÉDECIN TRAITANT :**

NOM : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_

COMMUNE : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
atteste que la santé de mon enfant lui permet de participer aux activités sportives et de plein air organisées par la commune de Chapareillan.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

**Cette fiche sanitaire est valable jusqu'au 31 août 2024.**

Fait à Chapareillan, le \_\_\_\_\_

Signature



# FICHE D'INSCRIPTION

## 2023 / 2024

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

*Mettre une croix dans la(les) case(s) correspondantes pour indiquer le(s) jour(s) de présence de l'enfant.*

- Pour l'année scolaire 2023/2024
- Semaines paires       Semaines impaires
- Pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<b>ACCUEIL PÉRISCOLAIRE MATIN DE 7H30 À 8H30</b>					
<b>ACCUEIL PÉRISCOLAIRE SOIR DE 16H30 À 18H30</b>					
<b>RESTAURANT SCOLAIRE</b>					

# MÉMENTO :

## LE RESTAURANT SCOLAIRE ET L'ACCUEIL PERISCOLAIRE (MATIN ou SOIR ) :

Les inscriptions et/ou annulations se font par écrit : **JOUR CONCERNE – 4 JOURS**

- ∅ Le jeudi pour le lundi suivant
- ∅ Le vendredi pour le mardi suivant,
- ∅ Le samedi pour le mercredi suivant
- ∅ Le dimanche pour le jeudi suivant,
- ∅ Le lundi pour le vendredi suivant

ATTENTION : Les délais d'inscription et/ou d'annulation sont modifiés en cas de pont ou de jour férié.

## L'ACCUEIL DE LOISIRS VACANCES SCOLAIRES :

**A COMPTER DE LA DATE PRÉCISÉE** dans le programme pour les 4-12 ans, les inscriptions se font par écrit à l'accueil du pôle enfance-jeunesse situé aux bungalows - chemin des écoliers.

*Toute annulation non signalée 15 jours avant l'activité sera facturée,  
à moins d'un certificat médical.*



# **PÔLE** *Enfance - Jeunesse*

**Bungalow administratif**

**04 76 71 91 34**

**[enfancejeunesse@chapareillan.fr](mailto:enfancejeunesse@chapareillan.fr)**

**Horaires d'ouverture d'accueil au public  
hors vacances scolaires :**

Lundi : 9h00-12h00 et 15h30-17h00

Mardi : 15h30-17h00

Jeudi : 15h30-17h00

Vendredi : 9h00-12h00 et 15h30-17h00

**Horaires d'ouverture d'accueil au public  
pendant les vacances scolaires :**

Mardi : 8h30-12h00 et 13h30-17h00

Mercredi : 8h30-12h00 et 13h30-17h00

Jeudi : 8h30-12h00 et 13h30-17h00

**Bungalows enfance**

**04 76 72 49 04**

**Salle polyvalente - mezzanine**

**04 76 45 23 98**