



Mairie de
BALLAISON

-
79 route des Fées

-
74140
BALLAISON

-
04.50.94.18.71

emiliepham@ballaison.fr

ou

enfance@ballaison.fr

INSCRIPTIONS 2021-2022 DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION



LA PERIS'COOL
de BALLAISON



Accueil Périscolaire
Restauration Scolaire
Accueil Extrascolaire

« La Pérés'cool » : accueil périscolaire,
restaurant scolaire et accueil extrascolaire

Fiche de Renseignements – Une fiche par FAMILLE

Noms et prénoms des enfants

Niveaux scolaires

Enfant 1

Enfant 2

Enfant 3

RESPONSABLES LÉGAUX

Représentant légal 1 : Mère Père Tuteur légal

Nom : Prénom(s) :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tél domicile : Tél portable : Tél professionnel :

Courriel :

Profession : Lieu de Travail :

Représentant légal 2 : Mère Père Tuteur légal

Nom (+JF) : Prénom(s) :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tél domicile : Tél portable : Tél professionnel :

Courriel :

Profession : Lieu de travail :

Autre Représentant légal : Mère Père Tuteur légal

Nom : Prénom(s) :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tél domicile : Tél portable : Tél professionnel :

Courriel :

Profession : Lieu de travail :

PERSONNES AUTORISÉES Á RÉCUPÉRER LE(S) ENFANT(S)

Personne 1 : Nom : Prénom :
Tel fixe : Tel portable : Lien avec l'enfant :
Observations :

Personne 2 : Nom : Prénom :
Tel fixe : Tel portable : Lien avec l'enfant :
Observations :

Personne 3 : Nom : Prénom :
Tel fixe : Tel portable : Lien avec l'enfant :
Observations :

Personne 4 : Nom : Prénom :
Tel fixe : Tel portable : Lien avec l'enfant :
Observations :

Personne 5 : Nom : Prénom :
Tel fixe : Tel portable : Lien avec l'enfant :
Observations :

RÉGIME

Allocataire CAF (régime général)

Régime Spécial (MSA ou autre)

Sans régime

Nom et prénom de l'allocataire : N° d'allocataire :

Situation familiale : Marié(e) Union libre Célibataire Veuf(ve) Pacsé(e)

J'autorise le service Enfance à consulter le service internet « CAF PRO » et à archiver les données issues du logiciel dans le dossier administratif de la famille Oui Non

Nombre d'enfants à charge :

Nombre de parts fiscales :

AUTORISATION DE SORTIE

Enfant 1 :

Enfant 2 :

Enfant 3 :

Est autorisé / sont autorisés à quitter seul(s) les services d'accueil péris et extrascolaires àh.....

Je soussigné(e) assume la pleine responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant (des enfants).

Fait à :

Le/...../.....

Signature(s) du(des) représentant(s) Représentant 1

Représentant 2

Autre représentant légal

légal(aux) :

N'AUTORISE PAS (cocher la case) :

AUTORISATION DE LA PUBLICATION DE L'IMAGE DE L'ENFANT

Je soussigné(e) autorise la Pérés'cool et la Mairie de Ballaison à publier et à utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquels figurent mon ou mes enfant(s), qui seraient pris dans le cadre des activités péris et extrascolaires.

Ceux-ci pourront être reproduits par la Pérés'cool, la mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (Internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse) sans que cela n'occasionne une demande ultérieure de rémunération ou autre de ma part.

Fait à :

Le/...../.....

Signature(s) du(des) représentant(s) Représentant 1

Représentant 2

Autre représentant légal

légal(aux) :

N'AUTORISE PAS (cocher la case) :

AUTORISATION DE COMMUNICATION DE L'ADRESSE PERSONNELLE et COURRIEL

Je soussigné(e) autorise la communication de mon adresse personnelle et de mon courriel aux associations de parents d'élèves de la commune.

Fait à :

Le/...../.....

Signature(s) du(des) représentant(s) Représentant 1

Représentant 2

Autre représentant légal

légal(aux) :

N'AUTORISE PAS (cocher la case) :

ASSURANCE

Le ou les enfant(s) doit(vent) être couvert(s) par une assurance responsabilité civile individuelle.

Je soussigné(e) déclare avoir souscrit pour mon enfant l'assurance suivante :

Responsabilité civile N° de contrat : Compagnie d'assurance :

Fait à :

Le/...../.....

Signature(s) du(des) représentant(s) Représentant 1

Représentant 2

Autre représentant légal

légal(aux) :

ADHÉSION AU PORTAIL FAMILLE

Afin de faciliter vos démarches administratives, la commune de BALLAISON met à votre disposition le service en ligne « **Portail Famille** », sur le site www.logicielcantine.fr/ballaision.

Il s'agit d'un espace personnel et sécurisé, accessible 24h/24 et 7 jours/7, qui vous permet d'inscrire et de régler en ligne, par Carte Bancaire, les services de restauration scolaire, accueil périscolaire et extrascolaire. (Attention : inscriptions et paiements avant le 25 du mois précédent).

L'inscription aux services péri-extrascolaires se fait mensuellement par le biais du site de réservation en ligne.

A l'issue de l'inscription, il vous sera remis par mail un identifiant pour l'accès à votre « espace famille » (*un seul identifiant par famille*).

Pour adhérer au « **Portail Famille** », il suffit de remplir l'un des champs ci-dessous :

- J'opte pour la réservation et le paiement en ligne à 100% (paiement par CB site sécurisé TIPI)
- J'opte pour la réservation à la Pérés'cool et je souhaite payer par chèque, à l'ordre du Trésor Public

Une adresse courriel doit impérativement figurer pour bénéficier du « Portail Famille » :

.....@.....

J'ai bien pris connaissance que quel que soit le mode d'inscription et de paiement choisis, l'ensemble des services périscolaires (restauration scolaire, accueil périscolaire et accueil extrascolaire) fait l'objet d'une réservation et d'un paiement avant le 25 du mois précédent. Sans quoi, je m'expose aux pénalités financières inscrites dans le règlement de fonctionnement des services dont j'ai pris connaissance.

Fait à :

Le/...../.....

Signature(s) du(des) représentant(s)
légal(aux) :

Représentant 1

Représentant 2

Autre représentant légal

Cadre réservé à l'administration :

Date du dépôt du dossier :

Heure :

Pièces à joindre avec le dossier d'inscription :

- Dossier Unique d'Inscription (DUI)
- Fiche sanitaire de liaison
- Allocataire CAF : Attestation du quotient familial de moins de 3 mois
- Non allocataire CAF : Copie du dernier avis d'imposition de tous les membres du foyer
- Copie du livret de famille
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture électricité, téléphone, eau...)
- Copie du carnet de vaccination ou certificat de vaccination à jour
- Attestation de l'employeur de tous les membres de la famille
- Attestation d'assurance responsabilité civile pour l'année scolaire à venir
- 2 photos d'identité
- PAI (Projet d'Accueil Individuel) le cas échéant
- Pièce justificative de l'attribution du droit de garde exclusif, le cas échéant

Observations :

Quotient Familial retenu (par les services municipaux) :

.....



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<h3 style="margin: 0; color: #0070C0;">1- L'ENFANT</h3> <p>NOM :</p> <p>PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>	<div style="border: 1px solid gray; width: 100%; height: 100%; background-color: #cccccc; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> X Photo </div>
--	--	--

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

2 – VACCINATIONS

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

Merci de joindre OBLIGATOIREMENT une photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				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 sa présence à « la Pérès'cool » ? 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 administré sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours : oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **PROBLEMES DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

4 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
DES LUNETTES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
DES PROTHÈSES AUDITIVES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
REGIME ALIMENTAIRE SANS VIANDE :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE DOMICILE : BUREAU :

MOBILE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à :
Le :

Signature :