

ENFANT 1	Nom :	Ecole :	Date de naissance :
	Prénom :	Classe :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

PRESTATIONS VILLE		PRESTATIONS déléguées à l'Association des P.E.P. 28			
Restauration scolaire <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> A l'année à partir du : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi Menus : Double choix offert aux enfants tous les jours à consulter sur www.chartres.fr rubrique restauration scolaire	Activité récréative de 16h30 à 17h Gratuité uniquement pour les élémentaires <input type="checkbox"/> A l'année, à partir du : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi Etudes surveillées 17h à 18h uniquement pour les élémentaires <input type="checkbox"/> En forfait mensuel à l'année (uniquement) à partir du : ▲ Pas d'occasionnel	Accueil matin 7h30 à 8h20 priorité aux maternels <input type="checkbox"/> Occasionnel <i>(Achat de la carte 10 présences auprès du responsable périscolaire lors de la première présence)</i>	Accueil soir 16h30 à 18h uniquement pour les maternels <input type="checkbox"/> Occasionnel <i>(Achat de la carte 10 présences auprès du responsable périscolaire lors de la première présence)</i>	Accueil de loisirs mercredi	
			<input type="checkbox"/> En forfait mensuel à l'année à partir du :	<input type="checkbox"/> En forfait mensuel à l'année à partir du :	Maternels <input type="checkbox"/> Annie Fournier <input type="checkbox"/> Henri IV <input type="checkbox"/> Jules Ferry <input type="checkbox"/> Les Cytises <input type="checkbox"/> Pauline Kergomard Mensuel à l'année : <input type="checkbox"/> Forfait JOURNÉE <input type="checkbox"/> Forfait MATIN (P. Kergomard uniquement) <input type="checkbox"/> Forfait APRES-MIDI (P. Kergomard uniquement) OU <input type="checkbox"/> Occasionnel
	Garderie du soir 18h à 18h30 élémentaires (Prestation PEP28) <input type="checkbox"/> En forfait mensuel à l'année (uniquement)	Garderie du soir 18h à 18h30 maternels (Prestation PEP28) <input type="checkbox"/> En forfait mensuel à l'année (uniquement)	Garderie du soir 18h à 18h30 <input type="checkbox"/> En forfait mensuel à l'année (uniquement)		
Fiche d'inscription complémentaire à remplir pour les MERCREDIS OCCASIONNELS et VACANCES SCOLAIRES (jointes au dossier)					

Toute activité cochée entraîne une facturation. Toute modification /annulation doit être faite par demande écrite

AUTORISATION DE PARTIR SEUL À LA FIN DE L'ACTIVITÉ ET A L'ARRET DE BUS

<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---	---

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant à partir seul après les activités ci-dessus et assume l'entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie et les PEP 28 de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Fait à : _____ le : _____ Signature(s) : _____

PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER LES ENFANTS ET À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET CE QUELLES QUE SOIENT LES ACTIVITÉS

Nom parent 1 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom parent 2 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

L'enfant a-t-il une allergie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Est-ce une allergie ? <input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Autres Avez-vous déjà mis en place un P.A.I ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de validité : ____ / ____ / ____
En cas d'allergie ou prise de médicaments, il convient de mettre en place un PAI en contactant le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs (cf. dernière page du dossier)
L'enfant présente-t-il un handicap ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Veuillez contacter le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)
L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Veuillez contacter le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)

Je soussigné(e) _____, titulaire de l'autorité parentale de l'enfant, autorise en cas d'urgence le personnel de l'accueil périscolaire et de loisirs à contacter les services compétents pour toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à : _____ le : _____ Signature(s) : _____

ENFANT 2	Nom :	Ecole :	Date de naissance :
	Prénom :	Classe :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

PRESTATIONS VILLE		PRESTATIONS déléguées à l'Association des P.E.P. 28			
Restauration scolaire <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> A l'année à partir du : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi Menus : Double choix offert aux enfants tous les jours à consulter sur www.chartres.fr rubrique restauration scolaire	Activité récréative de 16h30 à 17h Gratuité uniquement pour les élémentaires <input type="checkbox"/> A l'année, à partir du : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi Etudes surveillées 17h à 18h uniquement pour les élémentaires <input type="checkbox"/> En forfait mensuel à l'année (uniquement) à partir du : ▲ Pas d'occasionnel	Accueil matin 7h30 à 8h20 priorité aux maternels <input type="checkbox"/> Occasionnel <i>(Achat de la carte 10 présences auprès du responsable périscolaire lors de la première présence)</i>	Accueil soir 16h30 à 18h uniquement pour les maternels <input type="checkbox"/> Occasionnel <i>(Achat de la carte 10 présences auprès du responsable périscolaire lors de la première présence)</i>	Accueil de loisirs mercredi	
			<input type="checkbox"/> En forfait mensuel à l'année à partir du :	<input type="checkbox"/> En forfait mensuel à l'année à partir du :	Maternels <input type="checkbox"/> Annie Fournier <input type="checkbox"/> Henri IV <input type="checkbox"/> Jules Ferry <input type="checkbox"/> Les Cytises <input type="checkbox"/> Pauline Kergomard Mensuel à l'année : <input type="checkbox"/> Forfait JOURNÉE <input type="checkbox"/> Forfait MATIN (P. Kergomard uniquement) <input type="checkbox"/> Forfait APRES-MIDI (P. Kergomard uniquement) OU <input type="checkbox"/> Occasionnel
	Garderie du soir 18h à 18h30 élémentaires (Prestation PEP28) <input type="checkbox"/> En forfait mensuel à l'année (uniquement)	Garderie du soir 18h à 18h30 maternels (Prestation PEP28) <input type="checkbox"/> En forfait mensuel à l'année (uniquement)	Garderie du soir 18h à 18h30 <input type="checkbox"/> En forfait mensuel à l'année (uniquement)		
Fiche d'inscription complémentaire à remplir pour les MERCREDIS OCCASIONNELS et VACANCES SCOLAIRES (jointes au dossier)					

Toute activité cochée entraîne une facturation. Toute modification /annulation doit être faite par demande écrite

AUTORISATION DE PARTIR SEUL À LA FIN DE L'ACTIVITÉ ET A L'ARRET DE BUS

<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---	---

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant à partir seul après les activités ci-dessus et assume l'entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie et les PEP 28 de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Fait à : _____ le : _____ Signature(s) : _____

PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER LES ENFANTS ET À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET CE QUELLES QUE SOIENT LES ACTIVITÉS

Nom parent 1 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom parent 2 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

L'enfant a-t-il une allergie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Est-ce une allergie ? <input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Autres Avez-vous déjà mis en place un P.A.I ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de validité : ____ / ____ / ____
En cas d'allergie ou prise de médicaments, il convient de mettre en place un PAI en contactant le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs (cf. dernière page du dossier)
L'enfant présente-t-il un handicap ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Veuillez contacter le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)
L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Veuillez contacter le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)

Je soussigné(e) _____, titulaire de l'autorité parentale de l'enfant, autorise en cas d'urgence le personnel de l'accueil périscolaire et de loisirs à contacter les services compétents pour toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à : _____ le : _____ Signature(s) : _____

POUR TOUTES INSCRIPTIONS OCCASIONNELLES ET VACANCES SCOLAIRES

- **Restauration Scolaire, études surveillées**, contacter le service Vie Scolaire 72 heures à l'avance pour prévenir de la présence de votre enfant au 02 37 88 45 39, par mail restauration.scolaire@agglo-ville.chartres.fr ou sur votre espace Vie Scolaire et sportive
- **Accueils de loisirs mercredis et vacances scolaires**, une fiche de réservation supplémentaire est à retirer auprès du Pôle Administratif - Guichet Unique - place des Halles ou aux P.E.P 28, 3 rue Charles Brune à Lucé ou sur le site internet www.lespep28.org, 1 mois avant chaque période (fiche de la première période septembre/octobre jointe au dossier)
- **Accueil matin et soir**, contacter le référent de la structure en priorité aux heures habituelles de fonctionnement ou les P.E.P 28 au 02 37 88 14 14 ou par mail secretariatchartres@pep28.asso.fr

P.A.I / ALLERGIE OU MALADIE CHRONIQUE OU HANDICAP OU PRISE DE MEDICAMENTS

Toute allergie dont alimentaire ou toute maladie chronique justifiée par une prescription médicale, doit être signalée au Directeur de l'école et au Directeur de l'Accueil de Loisirs en début d'année scolaire et faire l'objet d'un P.A.I (Projet d'accueil individualisé). Si votre enfant bénéficiait d'un P.A.I l'année dernière, celui-ci devra être renouvelé et transmis au Directeur de l'école et au Directeur de l'Accueil de Loisirs. Le repas de substitution préparé par le prestataire de la Ville et du délégataire (la Restauration Collective de Chartres Métropole) sera facturé au tarif en vigueur. Si le repas est fourni par les parents, une réduction de 50% sera appliquée au tarif en vigueur.

MODE DE PAIEMENT RETENU PAR LA FAMILLE (cochez la case)

Restauration scolaire	Accueil de Loisirs – Périscolaire
<input type="checkbox"/> En espèces <input type="checkbox"/> Par prélèvement automatique (remplir l'annexe 3, accompagnée d'un RIB) <input type="checkbox"/> Par Carte Bancaire <input type="checkbox"/> Par internet via le portail famille <input type="checkbox"/> Par chèque à l'ordre du Trésor Public	<input type="checkbox"/> Par prélèvement automatique pour le forfait du mercredi et de l'accueil du matin et du soir (remplir l'annexe 4, accompagnée d'un RIB) <input type="checkbox"/> En espèces <input type="checkbox"/> Par chèque à l'ordre des P.E.P 28 <input type="checkbox"/> Par chèques vacances ou CESU <input type="checkbox"/> Par Carte Bancaire au siège des PEP <input type="checkbox"/> Par internet via le portail famille

RÈGLES DE VIE

Les enfants devront respecter les règles normales « dites de bonne conduite » conformément aux règlements intérieurs des activités consultables sur les sites internet de la ville de Chartres, www.chartres.fr et des P.E.P 28, www.pep28.org ainsi que dans les structures d'accueil et au Pôle Administratif - Guichet Unique – place des Halles à Chartres.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

www.chartres.fr puis Vivre à Chartres

Je soussigné(e), _____ titulaire de l'autorité parentale de(s) enfant(s) ci-dessus désigné(s) :

- Atteste sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées sur le document
- Atteste avoir pris connaissance du ou des règlement (s) intérieur (s)
- M'engage à signaler tout changement de situation
- Atteste avoir pris connaissance de l'ensemble des données du présent dossier et de l'annexe 1
- M'engage à régler les prestations payantes auxquelles j'inscris mon / mes enfant(s)
- Autorise les encadrants des différentes activités à prendre le cas échéant, toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de mon ou mes enfants

À _____, le ____/____/____

Signature du (des) titulaire (s) de l'autorité parentale

FICHE DE SANTÉ ET RENSEIGNEMENTS

(Une fiche par enfant) DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____/_____/_____

SEXE : F M

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1. VACCINATIONS

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PAGES NOMINATIVES DU CARNET DE VACCINATIONS DE L'ENFANT CONCERNÉ (avec le nom et prénom de l'enfant concerné sur chaque page)

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

- 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 administré sans ordonnance.

- Votre enfant est-il en situation de handicap ? Oui Non

Si oui, veuillez nous transmettre une attestation AEEH obligatoirement.

- ALLERGIES : ALIMENTAIRES..... Oui Non
 MÉDICAMENTEUSES..... Oui Non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen, etc., ...) Oui Non
 Préciser :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé ? Oui Non

Si oui préciser :

- Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?

Oui Non *Si oui, joindre le document obligatoirement.*

Date de validité :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de dossier :

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles de contact, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4. RESPONSABLE(S) DU MINEUR

• **Responsable N°1 :**

NOM : Prénom :

TEL. n°1 : TEL. n°2 :

@ :

• **Responsable N°2 :**

NOM : Prénom :

TEL. n°1 : TEL. n°2 :

@ :

5. PERSONNE(S) HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT ET/OU À PREVENIR EN CAS D'URGENCES (Autres que parents)

NOM : Prénom :

TEL. n°1 : TEL. n°2 :

NOM : Prénom :

TEL. n°1 : TEL. n°2 :

AUTORISATION DE PARTIR SEUL A LA FIN DE L'ACTIVITÉ

J'autorise mon enfant élémentaire, à partir seul après les activités qu'il fréquente et assume l'entière responsabilité de cette demande et décharge les PEP28 de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant. Oui Non

AUTORISATION DE PRISES DE VUES

J'autorise l'équipe d'animation à prendre des photos pendant les activités, les sorties ou les fêtes, à titre gracieux, de mon enfant mineur et à utiliser son image pour nos différents outils de communication. En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit commun, nous autorisons à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le cadre de la présente. Les photographies pourront être exploitées et utilisées directement sous toute forme et tous supports connus à ce jour. Oui Non

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur (interventions médicales et/ou chirurgicales).

Je n'autorise pas le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur (interventions médicales et/ou chirurgicales).

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date : Signature :

