

PRÉ-INSCRIPTION(S) AUX SERVICES

La remise du formulaire à la Mairie n'a pas valeur d'inscription aux différents services sollicités, sa validation définitive vous sera notifiée par courriel (retour du présent contrat signé par le responsable des services).

ACCUEIL PERISCOLAIRE

Accueil périscolaire du Centre :

- Matin** 7H00 à 8H25
- Midi** (uniquement pour les enfants qui mangent à la cantine)
- Midi sans repas** 11H25 à 12H10
- Soir** 16H25 à 18H00

Facturation à chaque trimestre, toute heure commencée sera facturée. Tarification horaire en fonction du quotient familial.

RESTAURATION SCOLAIRE

- FORFAIT de 4 jours** (votre enfant mange tous les jours de la semaine)
- FORFAIT de 3 jours** (votre enfant mange 3 fois par semaine, les jours étant définis à l'avance) : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Facturation à chaque vacance scolaire, le forfait sera facturé intégralement, seuls les sorties pédagogiques seront déduites.

TRANSPORT SCOLAIRE

 Délibération du Conseil Municipal N° 2018/37 du 9 avril 2018

Les élèves de l'école élémentaire du centre l'inscription se fait en Mairie auprès du service scolaire.

Pour bénéficier du transport gratuitement, l'élève doit être domicilié à Rupt sur Moselle et à plus d'1 km de l'établissement et emprunter au moins deux fois par semaine le transport. Le coût du transport sera facturé aux parents des élèves qui bénéficient d'une dérogation scolaire et qui habitent à moins d'1 km de l'école.

JUSTIFICATIFS À FOURNIR

Allocataire CAF :

Vous nous avez autorisés à rechercher votre quotient familial (autorisation sur demande) : vous n'avez plus besoin de nous apporter la dernière notification CAF, ni votre avis d'imposition.

Non allocataire CAF :

Veillez nous fournir une attestation récente mentionnant votre quotient familial.

Tout dossier incomplet sera refusé et retourné.

Les règlements des services sont consultables sur le site internet www.ruptsurmoselle.fr ou en Mairie auprès du service scolaire

Je soussigné(e), le responsable légal, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter le règlement intérieur et les modalités de fonctionnement de ces services.

Le responsable légal :

- accepte que les photos où mon enfant apparaît soient publiées dans les différentes publications communales ainsi que sur le site internet de Rupt sur Moselle.
- donne l'autorisation à la Commune de Rupt sur Moselle de consulter mon quotient familial sur le site de la CAF grâce à mon N° d'allocataire porté ci-dessus. Ce quotient, valable pour la durée de l'année scolaire, ne sera utilisé qu'afin de calculer ma participation financière à l'accueil périscolaire.

À Le

Signature :



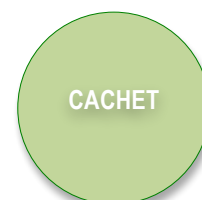
Les informations qui vous concernent sont destinées à la Commune de Rupt sur Moselle ; En aucun cas, elles ne seront communiquées à des tiers (partenaires commerciaux, etc.).

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant (art. 34 de la loi informatique et libertés). Pour l'exercer, adressez-vous à la Mairie de Rupt sur Moselle.

Cadre réservé au service scolaire de la Mairie

- Inscription validée.**
- Inscription refusée.**
- Dossier incomplet.**

Fait à Rupt sur Moselle, le /20



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de Naissance

Garçon

Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le temps périscolaire ; elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

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

Vaccins Obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie			___ / ___ / ___	Coqueluche*	___ / ___ / ___
Tétanos			___ / ___ / ___	Haemophilus influenzae B*	___ / ___ / ___
Poliomyélite			___ / ___ / ___	Hépatite B*	___ / ___ / ___
Ou DT Polio			___ / ___ / ___	Méningocoque C*	___ / ___ / ___
Ou Tétracoq			___ / ___ / ___	Rubéole-Oreillons-Rougeol*	___ / ___ / ___
				BCG	___ / ___ / ___

*Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018.

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

(joindre un certificat médical de contre-indication)

Injections de sérum	Nature	Dates
		___ / ___ / ___
	___ / ___ / ___	

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Groupe sanguin de l'enfant (si connu) :

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 marquée au nom de l'enfant avec la notice)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autre(s) :

Allergies :

Asthme : oui non

Médicamenteuse : oui non

Si oui, lequel :

Alimentaire : oui non

Si oui, lequel :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

En cas de problème allergique, l'enfant bénéficie-t-il d'une automédication :

oui non

Si oui, lequel :

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 port-il des lentilles, des lunettes, prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

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

5. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Tél. | | | | | | | | | |

Mobile : | | | | | | | | | |

N° de sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom et prénom du médecin traitant :

Tél. du médecin traitant : | | | | | | | | | |

L'enfant bénéficie-t-il : De la PUMA (CMU)
 D'une prise en charge S.S. à 100 %

Fournir les attestations (PUMA et prise en charge S.S.)

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés et autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Rupt sur Moselle, le..... Signature :