



DOSSIER D'INSCRIPTION 2019 / 2020

« Restauration Scolaire – Garderie - Etude »

- 1^{ère} Inscription
- Ré - inscription

Nom et Prénom de l'Enfant : _____ SEXE : F ou M

Date & Lieu de Naissance : _____

Ecole : _____ Classe _____ Nom de l'enseignant : (si connu) _____

**TOUT DOSSIER DOIT ETRE RENDU COMPLET
AVEC COPIES DU CARNET DE VACCINATIONS ET ATTESTATION
D'ASSURANCE 2019/2020**

Régie Enfance : 36 Place du Général de Gaulle 59310 ORCHIES – Tél : 03.20.71.40.50 & 03.20.71.40.54
Mails : regiecantine@ville-orchies.fr & centredeloisirs@ville-orchies.fr

Horaires d'ouverture au Public :

Les Lundis & Vendredis de 08h30 à 11h30 & 13h30 à 18h30

Les Mardis, Mercredis & Jeudis de 08h30 à 11h30

Le Samedi de 08h30 à 11h30 (conformément au planning annuel)

RESTAURATION SCOLAIRE & GARDERIE

ANNEE SCOLAIRE 2019 – 2020

FICHE D'INSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom		
Prénom		
Situation familiale (Pacsé, marié, célibataire, veuf, divorcé, séparé, concubinage...)		
Lien avec l'enfant		
Adresse		
Tel. fixe		
Tel. mobile		
Tel. travail		
Mail		
N° Allocataire CAF		
N° Sécurité Sociale		
Nom de l'Employeur, Adresse & N° Téléphone		
PROFESSION		

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Allergies, maladies (**joindre certificat médical**) dans les deux cas ; l'accueil de l'enfant sera soumis à la conclusion d'un protocole d'accueil individualisé – **PAI à remplir avec le directeur d'école et transmettre à la Régie Enfance.**

P.A.I (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE) en cours : oui non

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE PROTOCOLE ET TOUTES INFORMATIONS UTILES

- **Régime alimentaire** (cocher d'une croix le régime correspondant) :

Général	Sans porc	Sans Viande

FREQUENCE HEBDOMADAIRE SOUHAITEE AU RESTAURANT SCOLAIRE*(Valable pour toute l'année scolaire)*

Cocher d'une croix la ou les case (s) correspondante (s) à la fréquentation régulière de l'enfant au restaurant scolaire :

A compter du 02/09/2019 : OUI - NON ou à compter du _____

lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

FREQUENCE HEBDOMADAIRE SOUHAITEE A LA GARDERIE PERISCOLAIRE*(Valable pour toute l'année scolaire)*

Cocher d'une croix la ou les case (s) correspondante (s) à la fréquentation régulière de l'enfant à l'accueil périscolaire :

A compter du 02/09/2019 : OUI - NON ou à compter du _____

	lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin				
Soir				

FREQUENCE HEBDOMADAIRE SOUHAITEE A L'ETUDE*(Valable pour toute l'année scolaire)*

Cocher d'une croix la ou les case (s) correspondante (s) à la fréquentation régulière de l'enfant à l'étude :

A compter du 02/09/2019 : OUI - NON ou à compter du _____

	lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
ETUDE de 16h30 à 17h30				

ASSURANCES

La commune est assurée en responsabilité civile pour toutes activités et déplacements dans le cas où sa responsabilité serait engagée. **Les parents doivent joindre à la présente fiche d'inscription une attestation d'assurance en responsabilité civile en couverture des sinistres impliquant leur enfant dans le cas où la responsabilité de la commune n'est pas engagée.**

Ce dossier est à rendre impérativement **avant le 05 Juillet 2019** au bureau de la Régie Enfance située au **n° 36 Place du Général de Gaulle, 59310 Orchies.**

Orchies le, _____

Signature des Parents ou du représentant légal

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :

SEXE : GARCON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATE
DT polio Du DT coq		
Tétracoq		
D'une prise polio : RAPPELS		

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS	DATES
1 ^{ER} VACCIN		VACCIN			
REVACCINATION		1 ^{ER} RAPPEL			

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE
POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM		

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	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	OTITES	ASTHMES	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"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... / /
 / /
 / /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON Occasionnellement OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? NON OUI

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :
.....
.....

N° SS	N° Tél	DOMICILE	BUREAU

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

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

Signature :

DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)



ARRIVEE LE ___/___/___

DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)



Ville d'Orchies

ACCUEIL PERISCOLAIRE

(Garderie & Etude)

Année scolaire 2019/2020

Nom & Prénom de l'enfant : _____

Ecole fréquentée : _____ Classe : _____

**Personnes autorisées à reprendre l'enfant
en cas d'absence des parents**

Nom et prénom : _____

Date de naissance : / /

Adresse : _____

Téléphone : _____

Nom et prénom : _____

Date de naissance : / /

Adresse : _____

Téléphone : _____

Nom et prénom : _____

Date de naissance : / /

Adresse : _____

Téléphone : _____

MON ENFANT EST AUTORISE A RENTRER SEUL : OUI - NON (Entourer la réponse)

Fait à _____, le _____

Signatures des parents :



Ville d'Orchies

Droit à l'Image

Je soussigné(e) Mr Mme _____

Nom & Prénom de l'enfant : _____

Demeurant : _____

➔ Autorise la Ville d'Orchies à utiliser à titre gracieux l'image de mon (mes) enfant(s) dans le cadre d'un travail qui vise à l'animation de pratiques pédagogiques.

➔ L'enfant ou le groupe sera filmé ou photographié dans les différents temps scolaires et périscolaires.

Je m'engage à ne faire aucune opposition à l'exploitation de toute ou partie de ce support photo, vidéo ou audio sur quelque support que ce soit, dans quelque lieu que ce soit et pour une durée illimitée.

Je m'oppose à ce que mon (mes) enfant(s) soit (ent) filmé(s) ou photographié(s).

Fait à _____, le _____

Signature des parents :

précédée de la mention « Lu et approuvé et bon pour accord »



Ville d'Orchies

Charte de Vie à la Cantine **Ecole Primaire Publique**

*Pause importante au cœur de la journée scolaire,
le temps du repas doit être un moment de plaisir, de détente et de convivialité.*

Des moments de détente et de plaisir :

- ✓ L'espace du repas doit être agréable, aménagé, confortable décoré.
- ✓ Les enfants doivent être accueillis par des adultes disponibles, attentifs et souriants.
- ✓ Le temps du repas doit être suffisant et adapté aux rythmes des enfants.

Des moments de convivialité, de communication :

- ✓ le temps du repas doit permettre aux enfants de discuter.
- ✓ Les adultes sont à leur écoute et peuvent eux aussi dialoguer avec les enfants.
- ✓ L'installation à table doit favoriser les échanges en petit groupe (4 à 6 par table)
- ✓ Pour favoriser l'écoute et la parole, il est nécessaire de limiter le niveau sonore.

Des moments pour apprendre à goûter et à apprécier ce que l'on mange :

- ✓ Les menus, équilibrés et diversifiés sont disponibles sur le site de la mairie et communiqués aux enfants.
- ✓ Les adultes incitent les enfants, sans les forcer, à manger un minimum, à goûter et à découvrir de nouveaux plats.
- ✓ Les adultes seront attentifs et prendront en compte les régimes médicaux spécifiques.

Des moments d'apprentissage et d'acquisition de l'autonomie :

- ✓ Les enfants accompagnés par les adultes apprendront à se servir et à partager.
- ✓ Les enfants accompagnés par les adultes apprendront à couper leurs aliments.
- ✓ Les enfants apprendront à manger proprement et à respecter les règles avant, pendant et après le repas.
- ✓ Les enfants apprendront le respect de leurs camarades et des adultes.

Des moments d'apprentissage de vivre ensemble :

- ✓ Les enfants apprennent à respecter les règles du « manger ensemble ».

Des moments prenant en compte la sécurité affective :

- ✓ Les agents seront attentifs et à l'écoute de chaque enfant.

Voici quelques règles d'Or à observer
pour apprécier pleinement tous ensemble cette pause méridienne.

JE DOIS

Sur le trajet

- ✓ Lorsque je vais à la cantine, je dois me mettre en rang et respecter les consignes de sécurité des encadrants.

Avant le repas

- ✓ Je vais aux toilettes et je les laisse propres.
- ✓ Je me lave les mains.

Pendant le repas

- ✓ Je me tiens correctement à table, les pieds sous la chaise sans me balancer en arrière.
- ✓ Je goûte à tout pour découvrir.
- ✓ Je débarrasse mon plateau et sors de table dans le calme, sans courir, après autorisation des surveillants.
- ✓ Je respecte le personnel, mes camarades et le matériel.
- ✓ Je parle sans élever la voix et uniquement aux enfants de ma table.
- ✓ Je dois manger correctement et sans faire tomber volontairement de la nourriture.
- ✓ J'apprends à utiliser correctement mes couverts.
- ✓ Je lève le doigt pour demander quelque chose aux encadrants.

JE NE DOIS PAS

Sur le trajet

- ✓ Lorsque je vais à la cantine, je ne dois pas courir.
- ✓ Je ne dois pas détériorer les plantations (arbres ou fleurs) sur le chemin
- ✓ Sonner aux portes des habitations.

Pendant le repas

- ✓ Je n'apporte aucun jeux, crayons ni autres affaires n'ayant aucun rapport avec la cantine.
- ✓ Je ne joue pas avec la nourriture et je ne gaspille pas.
- ✓ Je ne dois pas détériorer le matériel.
- ✓ Je ne dois pas sortir de la nourriture du restaurant scolaire.
- ✓ Je ne dois pas apporter de la nourriture ou des boissons à la cantine
- ✓ Je ne dois pas porter de casquette, chapeau, écouteurs audio... dès mon entrée en cantine.

JE DOIS EN PERMANENCE...

➔ AGIR AVEC CHACUN COMME J'AIMERAIS QUE L'ON FASSE AVEC MOI, RESPECTER LES AUTRES ENFANTS ET LES ADULTES QUI M'ENTOURENT.

➔ En cas de manquement volontaire ou répété à ces règles de savoir-vivre, je risque les sanctions suivantes :

- Etre changé de table ou de service
- Etre retenu par le personnel d'encadrement afin de réfléchir sur mes actes. Mes parents seront informés de cette démarche.
- Dans les cas graves, je pourrai être renvoyé provisoirement, ou définitivement après avertissement écrit à mes parents.

A lire avec les enfants et à conserver par les parents