

## IDENTITE DE VOTRE (VOS) ENFANTS

### 1<sup>er</sup> ENFANT

NOM et Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

SERVICES PERISCOLAIRES	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil périscolaire du matin (7h30 – 8h30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédibus (service gratuit) <input type="checkbox"/> La Poste <input type="checkbox"/> Richard Feuillet <input type="checkbox"/> Ecole maternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauration scolaire Régime alimentaire <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> P.A.I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navette soir (réservée aux fratries) gratuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport scolaire Matin Soir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Accueil périscolaire du soir (16h30 – 18h30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mercredi	
Journée complète (7h30 – 18h30)	<input type="checkbox"/>
Matinée avec repas (7h30 – entre 13 & 14h)	<input type="checkbox"/>
Après-midi avec repas (Entre 11h30 et 12h – 18h30)	<input type="checkbox"/>
Matinée sans repas (7h30 jusqu'à 12h)	<input type="checkbox"/>
Après-midi sans repas (Entre 13 & 14h – 18h30)	<input type="checkbox"/>

Merci de bien vouloir noter que la validation des jours d'utilisation des services impliquera l'inscription à l'année sur ces jours. Pour les fréquentations occasionnelles, merci de bien vouloir les enregistrer sur le portail de la famille. ([www.ondres.fr](http://www.ondres.fr)) au même titre que toute modification du planning ci-dessus.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM DU MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- L'enfant est-il à jour des vaccins  Oui  Non précisez : \_\_\_\_\_
- Allergie(s) alimentaire(s)  Non  Oui précisez : \_\_\_\_\_
- Allergie(s) médicamenteuse(s)  Non  Oui précisez : \_\_\_\_\_
- Allergie(s) autre(s)  Non  Oui précisez : \_\_\_\_\_
- Contre-indication médicale  Non  Oui précisez : \_\_\_\_\_

J'autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

### 2<sup>ème</sup> ENFANT

NOM et Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

SERVICES PERISCOLAIRES	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil périscolaire du matin (7h30 – 8h30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédibus (service gratuit) <input type="checkbox"/> La Poste <input type="checkbox"/> Richard Feuillet <input type="checkbox"/> Ecole maternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauration scolaire Régime alimentaire <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> P.A.I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navette soir (réservée aux fratries) gratuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport scolaire Matin Soir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Accueil périscolaire du soir (16h30 – 18h30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mercredi	
Journée complète (7h30 – 18h30)	<input type="checkbox"/>
Matinée avec repas (7h30 – entre 13 & 14h)	<input type="checkbox"/>
Après-midi avec repas (Entre 11h30 et 12h – 18h30)	<input type="checkbox"/>
Matinée sans repas (7h30 jusqu'à 12h)	<input type="checkbox"/>
Après-midi sans repas (Entre 13 & 14h – 18h30)	<input type="checkbox"/>

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM DU MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- L'enfant est-il à jour des vaccins  Oui  Non précisez : \_\_\_\_\_
- Allergie(s) alimentaire(s)  Non  Oui précisez : \_\_\_\_\_
- Allergie(s) médicamenteuse(s)  Non  Oui précisez : \_\_\_\_\_
- Allergie(s) autre(s)  Non  Oui précisez : \_\_\_\_\_
- Contre-indication médicale  Non  Oui précisez : \_\_\_\_\_

J'autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

### 3<sup>ème</sup> ENFANT

NOM et Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

SERVICES PERISCOLAIRES	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil périscolaire du matin (7h30 – 8h30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédibus (service gratuit) <input type="checkbox"/> La Poste <input type="checkbox"/> Richard Feuillet <input type="checkbox"/> Ecole maternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauration scolaire Régime alimentaire <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> P.A.I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navette soir (réservée aux fratries) gratuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport scolaire Matin Soir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Accueil périscolaire du soir (16h30 – 18h30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mercredi	
Journée complète (7h30 – 18h30)	<input type="checkbox"/>
Matinée avec repas (7h30 – entre 13 & 14h)	<input type="checkbox"/>
Après-midi avec repas (Entre 11h30 et 12h – 18h30)	<input type="checkbox"/>
Matinée sans repas (7h30 jusqu'à 12h)	<input type="checkbox"/>
Après-midi sans repas (Entre 13 & 14h – 18h30)	<input type="checkbox"/>

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM DU MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- L'enfant est-il à jour des vaccins  Oui  Non précisez : \_\_\_\_\_
- Allergie(s) alimentaire(s)  Non  Oui précisez : \_\_\_\_\_
- Allergie(s) médicamenteuse(s)  Non  Oui précisez : \_\_\_\_\_
- Allergie(s) autre(s)  Non  Oui précisez : \_\_\_\_\_
- Contre-indication médicale  Non  Oui précisez : \_\_\_\_\_

J'autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

### AUTRES CONTACTS AUTORISES (à venir chercher et être prévenus en cas d'urgence)

	CONTACT 1	CONTACT 2	CONTACT 3	CONTACT 4
NOM D'USAGE				
Prénom				
☎				
☎				

Pour des raisons de traitement des informations et de gestion de la sécurité de votre enfant nous vous demandons de ne pas autoriser plus de quatre personnes (les responsables légaux n'étant pas à inscrire dans ce tableau).

Je dégage la Commune d'ONDRES de toutes responsabilités au moment de la prise en charge de mon (mes enfants) enfant par cette personne.

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur la fiche d'inscription.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

