

# INSCRIPTION ANNUELLE CANTINE et/ou GARDERIE PERISCOLAIRE

Année scolaire 2022-2023

Merci de retourner cette fiche par mail à [rpi.channay@orange.fr](mailto:rpi.channay@orange.fr) ou  
Par courrier au Secrétariat du R.P.I : 4 place des tilleuls - 37330 Channay-sur-Lathan  
= boîte à lettre garderie sur la place de l'école de CHANNAY  
ou boîte à lettre de la Mairie de Rillé

**Attention : remplir 1 fiche par enfant**

Nom et prénom	Date de naissance	Classe/Ecole
		Niveau : Lieu :

Assurance : Les enfants bénéficiant des services communaux doivent être couverts par une assurance responsabilité civile ou extrascolaire, les protégeant des dommages qu'ils peuvent occasionner et subir (OBLIGATION de fournir l'attestation)

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ?  OUI  NON

A-t-il un PAI  Si oui, merci de joindre une copie

Nom du responsable légal 1 : .....	Nom du responsable légal 2 : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
☎ Domicile : ...../...../...../...../.....	☎ Domicile : ...../...../...../...../.....
☎ Portable : ...../...../...../...../.....	☎ Portable : ...../...../...../...../.....
E.mail : .....	E.mail : .....
Profession : .....	Profession : .....
Nom de l'employeur .....	Nom de l'employeur .....
☎ Professionnel : ...../...../...../...../.....	☎ Professionnel : ...../...../...../...../.....

En cas de séparation, merci de bien vouloir préciser la résidence habituelle de l'enfant ou dans le cas d'un garde alternée, les modalités d'organisations choisies :

.....  
.....

Numéro d'allocataire CAF : ..... de .....

Facturation au nom de : .....

## INSCRIPTION CANTINE OUI NON

Tarif des repas : 3.50 € régulier - 4.50 € occasionnel  
(Tarif année scolaire 2021-2022 susceptible de modification)

- Fréquentera la cantine **tous les jours**
- Fréquentera la cantine chaque semaine le(s) :  
Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi
- A titre exceptionnel  (sous réserve d'accord préalable avec le secrétariat au moins 48h avant par mail [rpi.channay@orange.fr](mailto:rpi.channay@orange.fr))

## INSCRIPTION GARDERIE : OUI NON

Tarif 2 € (tarif année scolaire 2021-2022 susceptible de modification)

**Nouveau à compter de la rentrée septembre 2022 : Ouverture dès 7 h 00**

Horaires : Le matin de 7h à 9h00 et le soir de 16h30 à 18h30.

- Lundi :  matin  soir
- Mardi :  matin  soir
- Jeudi :  matin  soir
- Vendredi :  matin  soir

**Merci de préciser la tranche horaire d'arrivée le matin ( sous réserve de capacité suffisante)**

**7h 00  7h 30  8h 00  8h30**

- Selon un planning donné par période à la garderie et/ ou par mail [rpi.channay@orange.fr](mailto:rpi.channay@orange.fr)
- Occasionnel : informer de la fréquentation du jour de votre enfant la veille au plus tard par mail [rpi.channay@orange.fr](mailto:rpi.channay@orange.fr)

**Personnes habilitées à venir chercher l'enfant à l'issue de la garderie :**

NOM-Prénom.....

Téléphone :.....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

Nous, soussignés ....., certifions avoir pris connaissance des règlements de cantine et garderie et les acceptons.

A.....le.....

Signature des parents



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p><b>1 – ENFANT</b></p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>    FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 le séjour ? 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 pris sans ordonnance.

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

<b>RUBÉOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b>	<b>SCARLATINE</b>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

---

---

---

---

---

---

**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 PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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 le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :