



## Dossier d'inscription individuel au C.A.L.M. Année scolaire 2022-2023

Votre enfant sera scolarisé à l'école publique de Sainte-Julie pour l'année scolaire 2022-2023 et vous souhaitez l'inscrire ou le réinscrire au C.A.L.M. dès la rentrée :



Complétez le dossier joint accompagné des **pièces obligatoires** suivantes :

- La fiche d'inscription remplie et signée,
- La fiche sanitaire remplie et signée,
- La photocopie du carnet de vaccination,
- Une photo d'identité récente,
- Une attestation d'assurance pour l'année scolaire 2022-2023,
- Un chèque de financement des droits d'accès au service à l'ordre de Cantine périscolaire CALM d'un montant de :
  - 15 € pour l'inscription d'un enfant par famille
  - 25 € pour l'inscription de 2 enfants et plus par famille



**A noter : Si votre enfant bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.), une copie de celui-ci comprenant l'ordonnance des médicaments à administrer, ainsi que le protocole d'administration, rempli + daté + signé par le médecin doivent obligatoirement nous être fournis.**

Aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant en l'absence de ces éléments.



**Date limite de retour du dossier :**  
**Vendredi 24 juin 2022**

Dépôt du dossier :

- Boite aux lettres du C.A.L.M. (devant l'école),
- Boite aux lettres de la mairie,
- Par mail : [calm@saintejulie.fr](mailto:calm@saintejulie.fr)



# FICHE D'INSCRIPTION

Année :

Cotisation :

L'enfant :

Nom : Niveau :  
 Prénom : Classe de M/M<sup>me</sup> :  
 Date de Naissance :  
 Nom et Prénom du responsable de l'enfant :

Adresse :

Tél du domicile :

*Veillez rayer la mention inutile*

PERE / BEAU PERE <i>Veillez rayer la mention inutile</i>	MERE / BELLE-MERE <i>Veillez rayer la mention inutile</i>
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
N° de tel Portable :	N° de tel Portable :
N° de tel Travail :	N° de tel Travail :

Personne à contacter en 1<sup>ère</sup> instance :

Pour les parents séparés, la garde de l'enfant est confiée à :

Père  Mère  Garde Alternée  
 Non

J'accepte de recevoir ma facture par E-mail :  Oui  Non

Adresse mail : .....

## CAF

Pour la tarification modulée en fonction du Quotient Familial (QF), vous devez nous fournir un document justifiant votre quotient ou autoriser l'association à obtenir votre quotient familial sur le site CDAP.

N° Allocataire CAF ou MSA :

- Pour vérifier mon QF, j'autorise le personnel et le Bureau du CALM à consulter le service CDAP (Consultation des Données Allocataires par les Partenaires) de la CAF et à archiver les données collectées dans le dossier de mon enfant
- Je refuse que le CALM ait accès à mon QF donc je paierai la prestation sur le QF le plus élevé.

## AUTORISATION DE SORTIE

Liste des personnes autorisées à venir récupérer l'enfant (autre que parents) :

NOM Prénom	N° de Téléphone

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul :  OUI  NON

## AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

J'autorise  Je n'autorise pas

Le CALM à publier les prises de vues de mon enfant sur tous les supports existants ou à venir dans le cadre de ses activités.

En inscrivant mon enfant au CALM, j'accepte que mes informations renseignées dans la fiche d'inscription et dans la fiche sanitaire de liaison soient saisies et traitées informatiquement pour permettre le bon fonctionnement des services. (RGPD).

Je soussigné(e) .....

- a) Certifie avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de la structure et m'engage à le respecter.  
 b) Certifie exacts les renseignements portés sur le dossier d'inscription et sur la fiche sanitaire.

Fait à Sainte Julie, le .....

Signature :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année :



## L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant :

Sexe :

Date de Naissance :

Age :

Nom du Médecin traitant :

N° de Téléphone du médecin :

Nom et N° de téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence :

## VACCINATIONS

(Joindre la photocopie des pages correspondantes dans le carnet de santé).

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Otites
Scarlatine	Coqueluche	Rougeole	Oreillons	Méningite

Votre enfant est-il en situation de handicap ?  OUI  NON

Si oui, lequel ? .....

Votre enfant est-il allergique ?  OUI  NON

Si oui, quell(es) allergies .....

A-t-il un P.A.I ?  OUI  NON

Si oui, vous devez nous en faire une copie et penser à nous donner les médicaments, l'ordonnance avec le protocole, rempli et signé par le médecin obligatoirement.

Votre enfant est-il asthmatique ?  OUI  NON

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes  OUI  NON

Des prothèses  OUI  NON Si oui, lesquelles?

Votre enfant suit-il un traitement médical ?  OUI  NON

Si oui, lequel ?.....

Repas spécifiques :  Sans porc  Végétarien  Sans viande

## RECOMMANDATION DES PARENTS :

Indiquer les autres difficultés de santé en précisant les dates et/ou recommandations (Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations chirurgicales...)

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

Date :

Signature :

