



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MAIRIE DE BURY**  
**60250**

DÉPARTEMENT DE L'OISE

Arrondissement de Clermont

CANTON DE MOUY

Téléphone : 03 44 56 52 54

Fax : 03 44 26 02 02

**ANNEE SCOLAIRE** : ..... (à remplir)

**DOSSIER D'INSCRIPTION :**

**CANTINE SCOLAIRE / ACCUEIL PERISCOLAIRE /  
NAP\* / ACCUEIL DE LOISIRS** (\*Nouvelles Activités Péricolaires)

**Merci de bien vouloir retourner au Service Jeunesse ou à la Mairie de BURY :  
La 1<sup>ère</sup> feuille du dossier signée et la Fiche d'Urgence.**

**Adresse Email pour l'envoi de documents :**

.....

**ENGAGEMENT DES PARENTS :**

Je demande l'inscription  
de mon/ mes enfant(s).....  
aux activités du service jeunesse de Bury.

**Je déclare :**

- Avoir reçu une fiche d'inscription
- Avoir reçu les 2 règlements et en avoir pris connaissance  
*( 1 - cantine scolaire 2 - accueil périscolaire et accueil de loisirs )*
- M'engager à les respecter

**Recommandations des parents :**

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

Date :

Signature des parents :

Mise à jour : .....

**A retourner :**

au Bureau Service jeunesse

Place Jules ferry (Entrée face à l'église) - 60250 BURY

## MAIRIE DE BURY

### FICHE D'URGENCE

"CANTINE – ACCUEIL PERISCOLAIRE – NAP – ACCUEIL DE LOISIRS"

**Adresse Email pour l'envoi de documents :** \_\_\_\_\_

#### **INSCRIPTIONS ET PAIEMENTS SUR INTERNET**

<http://mairie-bury.portail-familles.net/>

Je possède déjà un compte sur le "Portail Familles"

OUI

NON

Si non, je souhaite l'ouverture d'un compte sur le "Portail Familles"

OUI

NON

**LIEU DE SCOLARISATION :** \_\_\_\_\_ **ANNEE SCOLAIRE :** \_\_\_\_\_ **CLASSE :** \_\_\_\_\_

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_ **Date et Lieu de Naissance :** \_\_\_\_\_

**Nom et adresse du représentant légal :** \_\_\_\_\_

**Pour les parents séparés, indiquer qui a la garde de l'enfant (père, mère, autres, etc) :** \_\_\_\_\_

**Garde alternée :**  OUI  NON **Nombre d'enfants à charge :** \_\_\_\_\_

**Nom du centre de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

<b>Nom / Prénom du père :</b> _____	<b>Nom / Prénom de la mère :</b> _____
<b>N° Tél domicile :</b> _____	<b>N° Tél domicile :</b> _____
<b>N° portable :</b> _____	<b>N° portable :</b> _____
<b>Profession :</b> _____	<b>Profession :</b> _____
<b>Nom/ Adresse de l'Employeur :</b> _____	<b>Nom/ Adresse de l'Employeur :</b> _____
<b>N° Tél Travail :</b> _____	<b>N° Tél Travail :</b> _____

**En cas d'urgence, de problèmes de santé ou autres, les parents sont immédiatement prévenus.**

Au cas où nous n'arrivons pas à vous joindre, précisez le nom, l'adresse et le N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : \_\_\_\_\_

**(En dehors des parents) Autre(s) personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant à la fin des activités :**

1 - Nom, Adresse et N° de téléphone : \_\_\_\_\_

2 - Nom, Adresse et N° de téléphone : \_\_\_\_\_

3 - Nom, Adresse et N° de téléphone : \_\_\_\_\_

#### **INFORMATIONS SCOLAIRES ET PERISCOLAIRES**

Accueil Matin :  OUI  NON

Cantine Scolaire :  OUI  NON

Accueil Soir :  OUI  NON

TAP (Temps d'Activités Périscolaire) :  OUI  NON

**L'enfant porte-il des lunettes ?**  OUI  NON

Si oui, doit-il les porter :  EN CLASSE  LORS DES ACTIVITES SPORTIVES

**ATTENTION :**  
**FICHE EN RECTO/ VERSO**

**SUITE DE LA FICHE D'URGENCE**

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

**ALLOCATIONS FAMILIALES :** (Information destinée au calcul du tarif Périscolaire et Accueil de loisirs)

**N° Allocataire CAF :** \_\_\_\_\_

La famille perçoit-elle des allocations familiales de la CAF de l'Oise\* ou MSA\* ou autre\*

OUI  NON  Si MSA, précisez le numéro : \_\_\_\_\_

**DROIT A L'IMAGE**

J'autorise  Je n'autorise pas Que mon enfant soit pris en photo ou filmé lors de des activités organisées par l'Ecole ou le Service Jeunesse (Sorties scolaires, Sorties lors de l'Accueil de loisirs, Photo du père-Noël à la cantine, etc.) et que celles-ci soient diffusées sur le site Internet de la commune, dans le bulletin municipal, lors d'éventuelles expositions, etc.

**ASSURANCE DE L'ENFANT**

Responsabilité Civile - N° d'Assuré : \_\_\_\_\_ (Fournir la photocopie de l'Attestation d'Assurance)

**VACCINS OBLIGATOIRES**

(Fournir la photocopie des vaccins de l'enfant)

Date du dernier rappel de vaccin :

DT Polio (Diphtérie/ Tétanos/ Poliomyélite/ Coqueluche) \_\_\_\_\_

**L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ? (Cochez les cases utiles)**

RUBEOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
VARICELLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS :** (Hospitalisation, Traitement médical, Allergies, Port de lunettes, Port de prothèses dentaires, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AUTORISATION PARENTALE :** (à remplir par les 2 parents en cas d'adresses différentes) (Ne cocher qu'en cas de refus)

Mère :  Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.

Père :  Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Père\*, Mère\*, Représentant légal\* (\*rayer les mentions inutiles),  
- Autorise l'enfant \_\_\_\_\_ à participer à toutes les activités organisées dans le cadre de l'Ecole ou de l'Accueil de loisirs.  
- Autorise le responsable de la structure, à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Nous nous engageons à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de la mère :

Signature du père :