

**DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE**  
**PAR FAMILLE**

**Année scolaire 2016/2017**

**Nom des enfants : Martin MACKIN**  
**Ecole fréquentée : École des Maarchiens**

Le dossier d'inscription dûment complété et accompagné des justificatifs demandés est à retourner  
**avant le mercredi 1er juin 2016**  
**au plus tard**

## DOSSIER D'INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE

### Partie 1 - Renseignements

*Les informations demandées ci-dessous seront utilisées par les services municipaux pour la constitution de votre dossier administratif. Un droit d'accès et de rectification, institué par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, peut être exercé auprès du service Scolaire de la Ville de Cergy.*

Nombre d'enfants à inscrire aux activités périscolaires : 1  
NOM DE FAMILLE des enfants : EUDES

**RESPONSABLE LÉGAL 1** ☒ Père

☐ Mère

☐ Tuteur

NOM : MACKIN

PRÉNOM : Éric

Adresse : 13 rue du Square Carré, 99 000 Maarch-Les-Bains

Téléphone : / Portable : 06.11.12.13.14

Adresse électronique : [eric@mackin.fr](mailto:eric@mackin.fr) .

Employeur : Mairie de Maarch-Les-Bains

Adresse : Avenue de l'Hôtel de Ville, 99000

Maarch-Les-Bains

Tél travail : 01.47.24.51.59

**RESPONSABLE LÉGAL 2** ☐ Père

☒ Mère

☐ Tuteur

NOM : MACKIN

PRÉNOM : Joyce

Adresse : 13 rue du Square Carré, 99 000 Maarch-Les-Bains

Téléphone : / Portable : 07.14.13.12.11

Adresse électronique : [joyce@mackin.fr](mailto:joyce@mackin.fr)

Employeur : /

Adresse : /

Tél travail : /

### PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

#### PERSONNE N°1

☒ Madame

☐ Monsieur

NOM : MACKIN

PRÉNOM : Joyce

Adresse : 13 rue du Square Carré, 99 000 Maarch-Les-Bains

Téléphone : / Portable : 07.14.13.12.11

Adresse électronique : [joyce@mackin.fr](mailto:joyce@mackin.fr)

#### PERSONNE N°2

☐ Madame

☒ Monsieur

NOM : MACKIN

PRÉNOM : Éric

Adresse : 13 rue du Square Carré, 99 000 Maarch-Les-Bains

Téléphone : / Portable : 06.11.12.13.14

Adresse électronique : [eric@mackin.fr](mailto:eric@mackin.fr)

#### PERSONNE N°3

☐ Madame

☐ Monsieur

NOM : .....

PRÉNOM : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse électronique : .....@.....

## INFORMATIONS SÉCURITÉ SOCIALE

Votre régime de sécurité sociale ? ☒ GÉNÉRAL ☐ MSA ☐ SNCF ☐ AUTRE  
Votre numéro de sécurité sociale : 1 92 15 8 364 228  
Adresse : .....

## FICHE DE RENSEIGNEMENT SANITAIRE

### ENFANT N°1

NOM : MACKIN PRÉNOM : Martin

Date de naissance : 17 / 07 / 2007 (jour/mois/année) Cycle : ☐ Maternel ☒ Élémentaire

Nom de l'école fréquentée : école des Maarchiens

Classe : CM2 Accueil de loisirs fréquenté : Les Maarches

Ⓟ Remplir les renseignements ci-dessous ou joindre obligatoirement les photocopies des vaccins du carnet de santé OU les certificats de vaccinations de l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES			DATE DE RAPPEL
Diphtérie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
ou DTP	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
ou DTCP	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
BCG	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

VACCINS RECOMMANDÉS			DATES
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Rubéole-oreillons-rougeole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Autres (préciser).....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

**Attention** : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

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

Rubéole/varicelle/angine/rhumatisme/scarlatine articulaire aiguë	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rubéole-oreillons-rougeole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Coqueluche otite rougeole oreillons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres (préciser).....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? :

☐ Oui

☒ Non

Si oui, précisez :

.....

### Que faire en cas d'allergie médicamenteuse et/ou alimentaire ?

Prenez contact avec le responsable périscolaire afin d'établir un protocole d'accueil individualisé (PAI). Ce dernier doit être renouvelé chaque année.

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Si oui, précisez :

.....  
.....