



| |
|---|
| FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACTIVITES PERISCOLAIRES Année scolaire :..... |
|---|

- GARDERIE DU MATIN RESTAURANT SCOLAIRE
 ETUDE ACCUEILS DE LOISIRS

INSCRIPTION EFFECTUEE : Par le Portail Famille
OU Par la fiche individuelle d'inscription

❖ ENFANT

Nom : Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
Ecole fréquentée : Classe :

❖ RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et prénom du père : Date de naissance.....
Domicile :
Profession du père :
Nom et Adresse de l'employeur :
Nom et prénom de la mère : Date de naissance
Domicile (si différent de celui du père) :
Profession de la mère :
Nom et Adresse de l'employeur :
Situation familiale :

| | Téléphone domicile | Téléphone portable | Téléphone professionnel | Email |
|------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------|
| Père | | | | |
| Mère | | | | |

Nom des personnes autorisées à venir chercher mon enfant
.....

❖ AUTORISATIONS

En élémentaire, j'autorise mon enfant à rentrer seul à notre domicile après l'activité (Etude, garderie du soir, temps de repas uniquement le mercredi)

Oui Non

J'autorise le responsable (Accueil de loisirs ou séjour) à transporter mon enfant dans un véhicule de la ville (voiture, mini bus).

Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par les Accueils de loisirs (trajet en car)

Oui Non

Dans le cadre de certaines activités et animations organisées au sein des activités périscolaires, nous sommes susceptibles de prendre en photo ou de filmer les enfants. Ces images pourront être diffusées essentiellement dans les locaux des activités, de la mairie, pour des articles de la revue et autres publications municipales et sur le site internet de la Mairie.

J'autorise l'équipe d'animation à photographier ou à filmer mon enfant dans le cadre des activités.

Oui Non

❖ **VACCINATIONS**

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|-----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Tétanos | | | | Hépatite B | |
| Tétanos/ Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Ou DT polio | | | | Coqueluche | |
| | | | | BCG | |

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

❖ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Médecin de famille :

Adresse :

Téléphone :

Groupe sanguin de l'enfant (si connu) :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole Varicelle Rougeole Oreillons

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place avec l'école ? Oui Non

Régimes alimentaires particuliers :

Repas sans porc : Oui Non Autre :

INDIQUEZ CI APRES : Les éventuelles difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ... (Précisez)

.....

❖ **ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE**

Nom et adresse de la Compagnie :

N° de contrat :

Je soussignéresponsable légal de l'enfant, atteste avoir pris connaissance des modalités d'inscription ainsi que du règlement des activités périscolaires. L'inscription de mon enfant implique mon engagement au respect des termes de ce règlement et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :