



DOSSIER RECU LE :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – ACTIVITES PERISCOLAIRES - ANNEE SCOLAIRE /.....ACCUEIL DU MATIN RESTAURATION SCOLAIRE ETUDE ACCUEILS DE LOISIRS INSCRIPTION EFFECTUEE : Par l'espace Citoyen OU Par la fiche individuelle d'inscription **ENFANT**

NOM PRENOM

Date et lieu de naissance

Adresse :

Ecole fréquentée Classe

	PERE	MERE
NOM - PRENOM		
DATE DE NAISSANCE		
ADRESSE du DOMICILE		
PROFESSION		
NOM et ADRESSE EMPLOYEUR		
SITUATION FAMILIALE		

	Téléphone domicile	Téléphone portable	Téléphone professionnel	Email
Père				
Mère				

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant (précisez famille, amis, autres) :

1		2	
3		4	

AUTORISATIONS	Oui	Non
En élémentaire, j'autorise mon enfant à rentrer seul à notre domicile après l'activité (Etude, accueil du soir, temps de repas uniquement le mercredi)		
J'autorise le responsable (Accueil de loisirs ou séjour) à transporter mon enfant dans un véhicule de la ville (voiture, mini bus)		
J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par les Accueils de loisirs (trajet en car)		
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 autre 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.		

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 soussigné responsable légal de l'enfant, atteste avoir pris connaissance des modalités d'inscription ainsi que du règlement des activités périscolaires disponibles sur le site de la ville. 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.

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à inscrire votre enfant aux activités périscolaires et assurer son suivi durant l'année. Les destinataires des données sont les services scolaires, périscolaire et de régie. Depuis la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à l'adresse suivante : periscolaires@levesinet.fr.

Date :

Signature obligatoire :