

ENFANT

NOM :
PRENOM :
Date de Naissance : FILLE GARCON
Lieu de Naissance : Classe : Ecole :
à la rentrée

ASSURANCE EXTRASCOLAIRE

NOM :
N° contrat :

Joindre attestation d'assurance mentionnant les garanties extrascolaires : **responsabilités civile et individuelle accident.**

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé et **FOURNIR LES PHOTOCOPIES des vaccins obligatoires**)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

SIL'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION (attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant: NOM :
Adresse :
Téléphone :

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant :
Groupe Sanguin :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : (rayer les mentions inutiles)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes	Scarlatine
NON	OUI	NON	NON	NON
OUI	NON	OUI	OUI	OUI
Coqueluche	Otitis	Rougeole	Oreillons	Asthme
NON	OUI	NON	NON	NON
OUI	NON	OUI	OUI	OUI

Indiquez ici LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les **PRECAUTIONS A PRENDRE**

TRAITEMENT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON **PAI** : OUI NON
Si OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquées au nom de l'enfant avec son poids)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

ALLERGIES

Asthme OUI NON Médicamenteuses OUI NON
Alimentaires OUI NON Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

REGIMES

Régime sans porc : OUI NON Autres :
Projet d'accueil individualisé (PAD) : OUI * NON (*fournir protocole médical, repas, trousse secours)

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant autorise le responsable des accueils périscolaire et de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :
Signature

Je soussigné(e) : _____
 domicilié(e) _____
 représentant(e) légal de l'enfant : _____
 né(e) le : _____
 A la rentrée, en classe de : _____

RESPONSABLE 1 (PAYEUR POUR FACTURATION)
 NOM - Prénom : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____ Domicile _____ Portable _____
 Mail : _____ @ _____
 N° Sécurité Sociale _____ Régime : _____
 CAF de _____ N° allocataire obligatoire : _____
 Qualité : Père Mère Tuteur
 Situation de famille : Marié Divorcé Séparé Concubinage Veuf
 Employeur : _____
 Adresse : _____ Téléphone : _____

RESPONSABLE 2
 NOM - Prénom : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____ Domicile _____ Portable _____
 Mail : _____ @ _____
 N° Sécurité Sociale : _____ Régime : _____
 Qualité : Père Mère Tuteur
 Employeur : _____
 Adresse : _____ Téléphone : _____

FAMILLE
 Autres enfants à charge, indispensable pour le calcul du quotient familial.

NOM - Prénom	Date de Naissance	Classe
1		
2		
3		

- l'autorise à participer à toutes les activités et sorties relatives à l'inscription demandée,
- certifie exactes toutes les informations fournies au dossier d'inscription, et s'engage à **signaler tout changement** (adresse, téléphone, maladie, ...)
- certifie avoir lu les règlements intérieurs de l'accueil périscolaire et des accueils de loisirs proposés par la Commune, en accepte toutes les clauses et m'engage à les respecter,
- m'engage à signaler à la Commune tout changement de situation pouvant entraîner une modification du quotient familial (naissance, changement d'emploi...),
- m'engage, suivant les modalités précisées à l'inscription, à régler les sommes dues et rendre le **planning d'inscription/annulation au périscolaire ou par mail dans les délais fixés**,
- autorise mon enfant à quitter seul les activités choisies aux horaires de fermeture
PERISCOLAIRE : OUI NON **MERC.LOISIRS** : OUI NON
ACCUEIL DE LOISIRS (vacances) : OUI NON
- autorise les responsables à photographier mon enfant lors des activités et sorties
 OUI NON
- autorise les responsables à filmer mon enfant lors des activités et sorties
 OUI NON
- autorise la commune à diffuser sur son site les photos/vidéos de mon enfant
 OUI NON
- autorise la commune à diffuser sur son bulletin municipal les photos de mon enfant
 OUI NON
- autorise la commune à diffuser sur l'ensemble de ses réseaux sociaux les photos/vidéos de mon enfant
 OUI NON

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE OU D'ABSENCE ET AUTORISEES A CHERCHER L'ENFANT (AUCUNE PERSONNE-MINEURE)

NOM - Prénom	Adresse complète	N° téléphone	Parenté

Fait à _____
 Le _____
 Signature : _____

PENSEZ A PREVENIR DE TOUT CHANGEMENT (Téléphones, adresse, mail, ...)