

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

NOM
 N° contrat :
 ASSURANCE EXTRASCOLAIRE
 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 RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

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	Oùtes	Rougeole	Oreillons	Asthme
NON	OUI	NON	OUI	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 (PAI) : OUI * NON (*fournir protocole médical, repas, trousse secours)
 RECOMMANDATIONS DES PARENTS
 Votre enfant porte-t-il des lentilles, 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 : _____

- 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 de l'accueil 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
PÉRISCOLAIRE : 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

Fait à _____
 Le _____

Signature : _____

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, indispensables pour le calcul du quotient familial.

	NOM - Prénom	Date de Naissance	Classe
1			
2			
3			

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

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