

Fiche d'inscription 2022/2023

NOM, PRENOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... **LIEU DE NAISSANCE :**

ECOLE FREQUENTEE :

MERE OU TUTRICE LEGALE

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE PORTABLE :

TELEPHONE FIXE :

TELEPHONE PROFESSIONNEL : PROFESSION :

COURRIEL :

PERE OU TUTEUR LEGAL

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE PORTABLE :

TELEPHONE FIXE :

TELEPHONE PROFESSIONNEL : PROFESSION :

COURRIEL :

ASSURANCE

NOM DE LA COMPAGNIE : **Joindre l'attestation d'assurance scolaire**

N° DE POLICE :

N° DE SECURITE SOCIAL (sur lequel est porté l'enfant) :

CAF

ETES-VOUS ALLOCATAIRE DE LA CAF ? OUI / NON

SI OUI, INDIQUEZ VOTRE NUMERO D'ALLOCATAIRE : **Merci de joindre votre attestation CAF**

SI NON, AUTRE REGIME :

CONTACTS :

Contacts Nom et Prénom	Liens Famille, amis, ...	Téléphone 1	Téléphone 2	A prévenir en cas d'urgence	Autorisé(é) à venir rechercher l'enfant

En cas d'indisponibilités pour récupérer les enfants, les parents doivent impérativement prévenir le service périscolaire en nous précisant le nom et prénom de la personne qui vient chercher l'enfant même si celle-ci est inscrite dans le tableau ci-dessus.

AUTORISATIONS :

J'autorise mon enfant à participer aux sorties proposées par le service enfance.

OUI / NON

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil. (Ecole Jules Ferry / Victor Hugo)

OUI (fournir une attestation) / NON

J'autorise le service à photographier / filmer mon enfant et à diffuser le contenu produit sur les supports physiques et numériques dont elle a la gestion.

OUI / NON

Je soussigné(e) Déclare avoir pris connaissance des tarifs, horaires, du règlement intérieur et des modalités d'inscription.

DATE :/...../.....

SIGNATURE :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022/2023

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

N'hésitez pas à vous faire aider de votre médecin pour remplir cette rubrique

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant les nom et prénom de l'enfant et la mention « secret médical », à l'attention du Directeur.

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

Indiquer uniquement ceux susceptibles d'entraîner des répercussions sur le déroulement de l'accueil. Par exemple : les allergies alimentaires (PAI obligatoire), les allergies médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux, soleil, piqûres d'insectes...) ou une opération chirurgicale récente.

Si oui précisez : _____

Y a-t-il des précautions à prendre ? : _____

MALADIES EN COURS

Aigues ou chroniques, indiquer uniquement celles susceptibles d'entraîner des répercussions sur le déroulement de l'accueil, par exemple : diabète, asthme, convulsion

Si oui, précisez : _____

Y a-t-il des précautions à prendre ? : _____

LES MEDICAMENTS

Si un traitement est à prendre pendant le temps d'accueil de votre enfant, joindre la copie de l'ordonnance médicale (**Attention : obligation de mettre en place un PAI**).

Dans ce cas, les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation.

Le nom et le prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage.

S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites. Dans tous les cas, un PAI est obligatoire.

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

Rubéole Oui O Non O	Varicelle Oui O Non O	Angine Oui O Non O	Scarlatine Oui O Non O	Coqueluche Oui O Non O
Otite Oui O Non O	Rougeole Oui O Non O	Oreillons Oui O Non O	Rhumatisme articulaire aigu Oui O Non O	

A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

VACCINATIONS OBLIGATOIRES (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)

VACCINATIONS RECOMMANDEES (BCG, Rougeole, Oreillons, Rubéole, Coqueluche, Hépatite B)

Fournir un certificat de vaccinations, OU une copie lisible des « pages vaccinations » du carnet de santé de l'enfant, mentionnant ses nom et prénom, OU un certificat médical de contre-indication le cas échéant (le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indications).

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? OUI NON

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Mon enfant porte : - Des lunettes ou lentilles
- Des prothèses auditives
- Des prothèses dentaires
- Autre appareillage, précisez : _____

Y a-t-il des précautions à prendre ? : _____

Régime alimentaire : CLASSIQUE SANS VIANDE SANS PORC

Enfant en situation de handicap : OUI NON

Eventuellement, coordonnées du médecin traitant de l'enfant

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

Je soussigné(e) M-Mme : _____

Responsable légal de l'enfant : _____

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur de l'accueil périscolaire présent à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires dans l'intérêt de l'enfant.

Je m'engage à communiquer toutes modifications de renseignements concernant mon enfant qui Pourraient intervenir au cours de l'année scolaire.

Lu et Approuvé, le _____ Signature du responsable légal

