

Documents à fournir :

- copie des vaccins
- attestation d'assurance responsabilité civile couvrant les activités extrascolaires
- attestation CAF avec le quotient familial
ou, à défaut, original de l'avis d'imposition



Dossier d'inscription individuel

Période de validité : Septembre 2024 - août 2025
PERISCOLAIRE, RESTAURATION SCOLAIRE,
MERCREDIS RECREATIFS, CENTRES DE LOISIRS

1- INFORMATION sur l'ENFANT

NOM (en majuscules) : Prénom :
Âge : ans
Sexe : Masculin Féminin
Né(e) le/...../..... à :
Ecole fréquentée : Classe :

2- INFORMATIONS sur la FAMILLE

Responsable légal 1 : père mère tuteur famille d'accueil

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Commune :
Tél. Domicile :
Tél. Portable :
Email :
N° de CAF :
Tél. Professionnel :

Responsable légal 2 : père mère tuteur famille d'accueil

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. Domicile :

Tél. Portable :

Email :

N° de CAF :

Tél. Professionnel :

Situation familiale des parents de l'enfant

Mariés Pacsés Concubinage Célibataire Divorcés Séparés Veuf(ve)

En cas de séparation, quel est le mode de garde ?

Résidence chez le père Résidence chez la mère Résidence alternée

Assurance responsabilité civile (couvrant les activités extrascolaires) :

Nom de la société :

N° de contrat :

Quelles sont les personnes **à prévenir et habilitées à intervenir en cas d'urgence ?**

Nom & Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

3- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Dans le cadre des animations, j'autorise le personnel de la Mairie à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création d'œuvres artistiques ou de souvenirs :

OUI NON

J'autorise la Mairie à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse, affiches...) :

OUI NON

J'autorise la Mairie à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (page Facebook du périscolaire) :

OUI NON

J'autorise mon enfant à participer à toutes les sorties :

OUI NON

L'enfant sait-il nager ?

OUI NON

Quelles sont les personnes autorisées à venir chercher votre enfant ?

Nom & Prénom	Adresse	Téléphone

Tout changement de situation doit être signalé rapidement au service scolaire (numéro de téléphone, adresse, etc...).

4- INFORMATIONS ALIMENTAIRES

En cas de problème d'allergie, il est impératif de mettre en place un PAI (projet d'accueil individualisé).

Votre enfant a-t-il une allergie alimentaire ?

OUI NON

Si oui, précisez :

.....
.....
.....
.....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire ?

OUI NON

Si oui :

SANS VIANDE **OU** SANS PORC

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à Sarrebourg le/...../20.....

Signature(s)

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE 2024-2025

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

GARÇON FILLE

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS (ET OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NÉS À PARTIR DE 2018)	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie		Coqueluche	
Tétanos		HIB	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Pneumocoque	
		Méningocoque C	
		Autres (préciser) :	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente, les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**) ainsi qu'une autorisation pour le personnel de l'accueil de donner le traitement.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME

oui non

MÉDICAMENTEUSES

oui non

ALIMENTAIRES

oui non

AUTRES

oui non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

La sécurité des enfants atteints de trouble de la santé (allergies ou certaines maladies) est prise en compte dans le cadre d'une démarche appelée PAI (projet d'accueil individualisé). Cette démarche doit être engagée par la famille auprès du médecin scolaire.

Votre demande de Projet d'Accueil Individualisé doit être faite lors de l'inscription de votre enfant.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable 1 : NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE.....

TÉL PORTABLE : DOMICILE : TRAVAIL :

Responsable 2 : NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE.....

TÉL PORTABLE : DOMICILE : TRAVAIL :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le directeur de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :