



DOSSIER D'INSCRIPTION

20.../20....

CENTRE DE : _____

Cadre réservé à l'administration

Complet

Incomplet

PAI/allergie(s)

Autre :

Photo

Nom/Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe :

Ecole :

Classe :

Enseignant :

Informations famille

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom/prénom (avec civilité Mme/ M/ ou personne morale)		
Date de naissance		
Qualité	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin
Adresse		
Code postal et Commune		
Téléphone portable		
Téléphone domicile		
Téléphone professionnel		
Courriel		
Profession		
Employeur		
Adresse de l'employeur		
Catégorie socio-professionnelle	<input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant et chef d'entreprise <input type="checkbox"/> Autre, personne sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire <input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant et chef d'entreprise <input type="checkbox"/> Autre, personne sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire <input type="checkbox"/> Retraité
CAF/MSA	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA Département :	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA Département :
N°Allocataire CAF ou MSA		
Assurance et N° de police d'assurance		
Garde alternée : (merci de joindre la copie du jugement) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (précisez les modalités de facturation)	Semaine paire <input type="checkbox"/> Semaine impaire <input type="checkbox"/>	Semaine paire <input type="checkbox"/> Semaine impaire <input type="checkbox"/>

Adresse de facturation

Père Mère Autre responsable légal : précisez le nom, le prénom et l'adresse :

→ En cas de garde alternée, indiquez la semaine à facturer : paire ou impaire

J'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher l'enfant

Prénom	Nom	Lien de parenté	Téléphone	Mobile

 En cas de mesures juridiques particulières, merci de fournir la copie du jugement

Personnes à prévenir en cas de nécessité (en dehors des parents)

Pratiques alimentaires

Type de régime (précisez)	Commentaires

Données complémentaires (problème de santé, allergie...)

--

Je m'engage lors de tout traitement médical à fournir l'ordonnance au personnel de la structure. Dans le cas contraire aucun traitement ne sera donné à l'enfant.

Autorisations et décharges

Je soussigné(e), _____, Père, Mère, Tuteur (rayez la mention inutile)

- Autorise le personnel de l'accueil collectif de mineurs sur les temps périscolaires et extrascolaires à transporter mon enfant (à pied ou en bus) sur différents lieux pour la pratique des activités.
- Autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs sur les temps périscolaires et extrascolaires à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
- Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités de l'accueil collectif de mineurs sur les temps périscolaires et extrascolaires (site internet de la collectivité territoriale, journaux locaux, blog, ...).
- Autorise mon enfant, à partir de 7 ans, à rentrer seul à l'issue de la journée ou ½ journée.
- Autorise les personnels de l'accueil collectif de mineurs sur les temps périscolaires et extrascolaires qui sont habilités par la CAF de la Haute-Saône, à consulter mon dossier allocataire afin de connaître le montant de mon (notre) quotient familial, donnée indispensable à la facturation modulée. A noter qu'en cas de refus, la tranche maximum sera appliquée dans le calcul de la facture.

Madame, Monsieur _____ :

- Décharge les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement de l'Accueil de loisirs périscolaire et dès lors que l'enfant a été pris en charge par ses parents ou une personne autorisée.
- Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de de l'Accueil de loisirs périscolaire et en accepter les conditions.

A, le

« Lu et approuvé » Signature des responsables légaux de l'enfant

Pièces à joindre obligatoirement au dossier

- ☛ Certificat d'assurance scolaire
- ☛ Photocopie du PAI (si votre enfant est concerné)

Année scolaire : 20...../20.....

L'enfant :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document confidentiel

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

Garçon

Fille

1 – VACCINATIONS

Depuis le 01/01/2018, de nouveaux vaccins se sont ajoutés à la liste de vaccins obligatoires en France. 11 vaccins sont désormais obligatoires*. Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. Vous pouvez également transmettre la photocopie du carnet de santé de l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite (DT polio)			
Coqueluche <i>(Obligatoire si enfant né après le 01/01/18)</i>			
Rougeole <i>(Obligatoire si enfant né après le 01/01/18)</i>			
Oreillons <i>(Obligatoire si enfant né après le 01/01/18)</i>			
Rubéole <i>(Obligatoire si enfant né après le 01/01/18)</i>			
Hépatite B <i>(Obligatoire si enfant né après le 01/01/18)</i>			
Pneumocoque <i>(Obligatoire si enfant né après le 01/01/18)</i>			
Méningocoque C <i>(Obligatoire si enfant né après le 01/01/18)</i>			
La bactérie Haemophilus influenzae B <i>(Obligatoire si enfant né après le 01/01/18)</i>			

* Si l'enfant n'a pas les vaccins joindre un certificat médical de contre-indication

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'Accueil de Loisirs périscolaire ou durant le séjour ?

Oui *

Non

* Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant et avec la notice d'utilisation. Vérifier également les dates de péremption des médicaments fournis.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme Articulaire aigü <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Les Allergies :

- Asthme : Oui Non
- Médicamenteuses : Oui Non
- Alimentaires Oui Non
- Autres (Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir) :

PAI : Projet d'Accueil Individualisé en cours : Oui Non

→ Joindre le protocole et toutes les informations utiles :

Difficultés de santé :

Merci d'indiquer ci-dessous les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il des lentilles : Oui Non

Des lunettes : Oui Non → au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant.

Des prothèses auditives : Oui Non → au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses ou appareils auditifs : Oui Non → au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Autres recommandations, précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

Votre enfant suit-il un régime particulier : Oui Non

Si oui, lequel ?

4 - AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : Oui Non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : Oui Non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom.....

Adresse.....

Téléphone fixe et portable), domicile : Professionnel :

Nom et téléphone du médecin traitant

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation de l'Accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence.

Date : Signature des deux responsables légaux :