

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Fille ☐ Garçon ☐ Classe :

Régime de protection sociale : Général CAF et autres ☐ MSA ☐ (cocher la case correspondante)

N° allocataire : Quotient familial :

Numéro de sécurité sociale :

Compagnie d'assurance (responsabilité civile) :

Percevez-vous l'allocation A.E.E.H (Education de l'enfant Handicapé) Oui ☐ Non ☐
Si oui la joindre au dossier

RESPONSABLE LEGAL N°1

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Adresse MAIL :

Numéro de mobile :

Numéro du travail :

Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

RESPONSABLE LEGAL N°2

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Adresse MAIL :

Numéro de mobile :

Numéro du travail :

Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

AUTRE RESPONSABLE LEGAL

Nom, Organisme ou personne de référence :

Fonction :

Adresse :

Adresse MAIL : Numéro de téléphone :

TRANSPORT SCOLAIRE (le cas échéant)

Circuit numéro : Arrêt numéro :

Pour les élémentaires uniquement :

J'autorise mon enfant à rentrer seul de l'arrêt de bus au domicile : Oui ☐ Non ☐

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT AU PÉRISCOLAIRE ET/ OU AU TRANSPORT SCOLAIRE ET À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

1- Tél :

2- Tél :

3- Tél :

4- Tél :

VACCINATIONS -

Joindre une copie du carnet de santé ou un certificat médical attestant que votre enfant a souscrit aux obligations en matière de vaccination.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT :

A-t-il déjà eu les maladies et/ou allergies suivantes ?

MALADIES	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Scarlatine		
Coqueluche		
Rougeole		
Oreillons		
Angine		
Otite		
Rhumatisme articulaire aigu		

ALLERGIES	OUI	NON
Alimentaires		
Asthme		
Médicamenteuses		
Autres (précisez)		
.....		

Médecin traitant :

Nom : Tél :

Votre enfant a-t-il un P.A.I (protocole d'accueil individualisé)

Oui ☐ Non ☐
Si **OUI**, merci de le joindre au dossier.

RECOMMANDATIONS UTILES :

Veuillez indiquer ici toutes informations que vous jugerez utiles, à connaître par les adultes des services périscolaires et extrascolaires (régimes alimentaires sans viande / sans porc, besoins spécifiques, troubles, difficultés, maladies, accidents, hospitalisation...)

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

Autorisez-vous l'équipe du centre de loisirs à prendre en photo / vidéo / prise de sons voix de votre enfant (toutes diffusions sont en interne, et aucunement sur les réseaux sociaux) : expositions temporaires au centre de loisirs, création artistique à destination des familles.... Oui ☐ Non ☐

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant :

- autorise le/la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant ☐
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche ☐
- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des structures périscolaires ☐

PIÈCES À FOURNIR :

- ☐ Fiche sanitaire dûment complétée
- ☐ Copie du carnet de santé
- ☐ Attestation d'Aide aux Temps Libres- Le cas échéant
- ☐ Attestation QF CAF ou MSA
- ☐ Attestation AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé)- Le cas échéant
- ☐ Si Prélèvement automatique : contrat financier + mandat sepa +RIB - Pour les nouveaux inscrits

Fait à, le

Signature :