

FICHE INDIVIDUELLE

Inscription aux services périscolaires

NOM de l'enfant : PRÉNOM :

Né(e) le :/...../..... CLASSE (à la rentrée) : Sexe : F M

| 1 ^{ER} RESPONSABLE LEGAL | 2 ^{EME} RESPONSABLE LEGAL |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| CP : Ville : | CP : Ville : |
| Mail (facturation) : | Mail : |
| Tél portable : | Tél portable : |
| Tél travail : | Tél travail : |
| Profession : | Profession : |
| Employeur : | Employeur : |
| N° allocataire CAF ou MSA : | N° allocataire CAF ou MSA : |

Nom de l'assureur et n° de contrat d'assurance responsabilité civile (Joindre une copie de l'attestation d'assurance) :

.....

AUTORISATIONS PARENTALES (rayer la mention inutile)

► J'autorise mon enfant à rentrer seul à la sortie de l'école : OUI ou NON

► J'autorise mon enfant à prendre seul le car ou à rentrer seul le soir à la sortie du car : OUI ou NON
Pour rappel, les inscriptions doivent se faire en ligne sur remi-centrevaldeloire.fr

► J'autorise mon enfant à être photographié ou être pris en vidéo : OUI ou NON

► J'autorise la mairie de Civray à utiliser les photos et les vidéos sur tout support de communication (page Facebook de la mairie, bulletin municipal...) et je m'engage à renoncer à toute réclamation à ce sujet : OUI ou NON

En cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables, merci d'indiquer les personnes à contacter : (Nom, prénom, téléphone, lien de parenté) :

1.....

2.....

3.....

► J'autorise les personnes nommées ci-dessous à prendre en charge mon enfant dès la sortie de l'accueil périscolaire (Nom, prénom, téléphone, lien de parenté) :

1.....

2.....

3.....

| | |
|---------------------------------------|--|
| FICHE SANITAIRE DE LIAISON | ENFANT |
| | NOM : |
| | PRENOM : |
| | DATE DE NAISSANCE : |
| | GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> |

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|-----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons- Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | BCG | |
| Ou Tétracoq | | | | Autres (préciser) | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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, avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| RUBEOLE 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 AIGU 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
 ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES.....

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

.....

.....

.....

Allergies ou régime alimentaire (fournir une copie du Projet d'Accueil Individualisé) :

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

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

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

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC.... PRECISEZ :

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

Nom et téléphone du médecin traitant :

N°de sécurité sociale :

Nous soussignés, responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le(s) responsable(s) des services périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. Nous attestons avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires consultable sur le site internet de la commune de Civray et nous engageons à le respecter.

A Le

Signatures :