



DOSSIER

- Complet.....
- Copie école.....
- Copie AL.....
- Enregistré.....
- Cadre réservé**

NOM et PRENOMS DE L'ENFANT :

Sexe féminin masculin

Né(e) le :/...../..... Lieu de naissance (commune et département)

Groupe Scolaire : COMMUNE :

Classe : ECOLE : Maternelle Élémentaire

N° d'assurance responsabilité civile (**obligatoire**) :

Coordonnées de la compagnie :

Composition de la famille : Nombre d'Adultes : Nombre d'enfant :

VACCINATIONS : Votre enfant est-il vacciné ?

- OUI, veuillez joindre l'attestation concernant les vaccinations obligatoires pour l'inscription (carnet de vaccination, copie des pages « vaccination » du carnet de santé ou certificat médical),
- NON*, Pourquoi votre enfant n'est-il pas vacciné ?

**Un enfant doit être vacciné (sauf contre-indication médicale) contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) pour pouvoir être inscrit sur les accueils.*

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher les cases) :

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"/>	RHUMATISMES 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"/>	ASTHME 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"/>

L'enfant a-t-il des allergies, si oui lesquelles (ex: contre-indication médicale, régime alimentaire etc...) :

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé : OUI* NON ,

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnalisé de Scolarisation : OUI* NON ,

CAISSE D'ALLOCATION FAMILIALE (CAF) : Êtes-vous inscrit OUI NON

Si OUI, N° d'allocataire * :

**Joindre l'attestation de la CAF (QF), pour profiter de tarifs adaptés aux revenus*

N° de sécurité social :

RENSEIGNEMENT SUR LES REPRESENTANTS LEGAUX :

NOM de famille DU PERE : **PRENOM** :

Adresse :

Code Postal Commune :

Courriel :

Profession ou catégorie socio-professionnelle (code, voirannexe) :

Tél. Domicile : Tél. Portable : Tel. Travail :

NOM de famille DE LA MERE : **PRENOM** :

Nom d'usage :

Adresse :

Code Postal Commune :

Courriel :

Profession ou catégorie socio-professionnelle (code-voir page 2) :

Tél. Domicile : Tél. Portable : Tel. Travail :

SITUATION MATRIMONIALE : Marié Divorcé Célibataire Autre :

EN CAS DE SEPARATION / GARDE ALTERNEE : OUI* NON

*Si oui, merci de bien vouloir nous transmettre une copie du jugement de garde

PAYEUR PAR DEFAUT (En cas de prélèvement ou non) : PERE MERE

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE PAR UN TIERS :

Seuls les parents exerçant l'autorité parentale et les personnes dûment mandatées par eux peuvent retirer les enfants au plus tard à la fin de la période normale de fonctionnement des structures.

PERSONNE(S) A JOINDRE EN CAS D'URGENCE EN DEHORS DES PARENTS				
NOM	PRENOM	TEL DOMICILE	TEL. PORTABLE	TEL. TRAVAIL

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN DEHORS DES PARENTS				
NOM	PRENOM	TEL DOMICILE	TEL. PORTABLE	TEL. TRAVAIL

SEULES LES PERSONNES NOTEES SUR CETTE FICHE SERONT AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

SERVICE PERI ET EXTRASCOLAIRES :

ACCUEILS PERISCOLAIRE			ACCUEILS EXTRASCOLAIRE		
	OUI	NON		OUI	NON
ACCUEIL <i>du Matin</i>			ACCUEIL DE LOISIRS <i>du Mercredis</i>		
ACCUEIL <i>du Soir</i>			ACCUEIL DE LOISIRS <i>des vacances scolaires</i>		
RESTAURANT SCOLAIRE			TRANSPORT SCOLAIRE		
AIDES AUX DEVOIRS					

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul des accueils : OUI NON

DROIT A L'IMAGE POUR LES ACCUEILS PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES :

J'autorise mon enfant

- À être photographié(e) et/ou filmé(e) lors d'un reportage photos et/ou vidéos effectué lors des ateliers éducatifs.
- À utiliser la diffusion de ces photographies et/ou vidéos pour l'ensemble des publications sur notre page **FACEBOOK**.

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE : J'autorise l'organisateur à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF, dont mes ressources et mon nombre d'enfants à charge, afin de vérifier mon éligibilité aux tarifications spéciales et de simplifier mes démarches." OUI NON

AUTORISATION DE SOIN :

Je soussigné (e)

Père, Mère, Tuteur, responsable légal de l'enfant

AUTORISE le responsable à donner les soins médicaux nécessaires et en cas d'urgence à appeler le médecin ou les pompiers, et **M'ENGAGE** à régler les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

<p>PRELEVEMENT AUTOMATIQUE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Joindre un RIB ou un RIP</p>

Date.....
Signature précédée de la mention
"Lu et approuvé" rédigée à la main