



**MAIRIE DE SAINTE FEYRE**  
**FICHE DE RENSEIGNEMENT SCOLAIRE - PERI et EXTRASCOLAIRE**  
**ANNEE SCOLAIRE 2022/2023**

**DOSSIER**

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) :

<b>RUBEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISMES</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ASTHME</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> 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\* : ..... Montant du QF\* : .....

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

N° de sécurité social : .....

**RENSEIGNEMENT SUR LES REPRESENTANTS LEGAUX :**

**PARENT 1 / NOM** : ..... **PRENOM** : .....

Adresse : .....

Code Postal ..... Commune : .....

Courriel : .....

Profession ou catégorie socio-professionnelle : .....

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

**PARENT 2 / NOM** : ..... **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, transmettre UNE COPIE DU JUGEMENT et UN CALENDRIER 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 <i>*Je suis mineur, mettre une croix (x)</i>					
NOM	PRENOM	*	TEL DOMICILE	TEL. PORTABLE	TEL. TRAVAIL

**ACCUEILS PERI ET EXTRASCOLAIRES :** Modalités d'inscriptions, se référer aux pages 3 et 4 du dossier d'inscription

ACCUEILS PERISCOLAIRE <i>(Ne vaut pas une inscription définitive)</i>			ACCUEILS EXTRASCOLAIRE <i>(Ne vaut pas une inscription définitive)</i>		
	OUI	NON		OUI	NON
ACCUEIL du Matin			ACCUEIL DE LOISIRS du Mercredi		
ACCUEIL du Soir			ACCUEIL DE LOISIRS des vacances scolaires		
RESTAURANT SCOLAIRE					

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.

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

Le Maire  
Date .....

Signature :

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