

# Fiche d'inscription Services Périscolaires et Extrascolaires

## Année 2021-2022



NOM DE L'ENFANT..... Prénom ..... Date de naissance .... / ..... / .....

Ecole de ..... Niveau scolaire 2021-2022 PS  MS  GS  CP  CE1  CE2  CM1  CM2

### RESPONSABLE LEGAL 1

### RESPONSABLE LEGAL 2

**NOM** .....  
**Prénom** .....  
Mère  Père  Autre (tuteur, famille d'accueil)  Mère  Père  Autre (tuteur, famille d'accueil)

**Adresse** .....  
Si différent .....  
.....

**Téléphones :**  
- **Domicile** .....  
- **Portable** .....  
- **Travail** .....

**Adresse Mail :** .....

**Profession :** .....

**Garde Alternée :** Semaine Paire  Semaine impaire  Semaine Paire  Semaine impaire

Allocataire (merci de cocher la case) CAF  MSA  AUTRE

N° d'allocataire\* : ..... Quotient familial\* : .....

N° contrat assurance extrascolaire : .....

\* Obligatoire, merci de présenter les justificatifs (attestation QF et d'assurance)

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) ....., responsable légal de..... autorise les responsables des services Scolaire et Enfance, le cas échéant, à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

### DROIT A L'IMAGE

J'autorise les équipes d'animation à prendre des photos ou des vidéos lors des accueils, qui pourront être utilisées comme support de communication afin de valoriser les actions des services de la commune: Oui  Non

### UTILISATION DES DONNEES

J'autorise la commune à utiliser mes coordonnées personnelles (adresse postale, téléphone, mail) afin de me communiquer des informations relatives aux services Scolaire et Enfance et non à des fins commerciales : Oui  Non

### AUTORISATIONS ACTIVITES ACCUEIL DE LOISIRS (si utilisation du service au cours de l'année)

J'autorise que mon enfant soit conduit à la piscine pour se baigner dans le cadre des activités proposées par l'ALSH : Oui  Non   
J'autorise l'équipe d'encadrement à transporter mon enfant au moyen d'un bus, d'un mini-bus dans le cadre des sorties proposées par l'ALSH : Oui  Non

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT à la fin des activités périscolaires et extrascolaires :**

NOM-PRENOM	Lien avec l'enfant	N° de téléphone

OU  Enfant autorisé à quitter la structure SEUL (à pied, à vélo...)

Certifié exact,  
Signature du représentant  
légal :

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

REGIME ALIMENTAIRE :

Classique

Végétarien

Sans Porc

Autres : .....

### VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination ou nous fournir les copies du carnet)

VACCINS	OUI	NON	DATES DERNIER RAPPEL	Autres VACCINS	DATES
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Rubéole Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Autres (préciser)	
Ou DTP polio					
Ou Tétracoq					

(Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication)

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI

NON

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom du jeune avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Existence d'un PAI : Si oui, fournir la photocopie ainsi que les médicaments associés

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Scarlatine		
Coqueluche			Rougeole		
Varicelle			Otite		
Angine			Oreillons		

Allergies :

	OUI	NON
Asthme		
Médicamenteuses		
Alimentaires		
Autres		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez ci-après les difficultés de santé du jeune (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

### RECOMMANDATIONS UTILES

Le jeune porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou tout autre renseignement que vous jugerez utiles :

Certifié exact,

Signature du représentant légal :