



Ateliers Péri scolaires Séjours Les Mercredis Les Vacances scolaires

CENTRE D'ACCUEIL : MATERNELLE ÉLÉMENTAIRE

1 - ENFANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

ECOLE : CLASSE :

N° SECURITE SOCIALE DE LA PERSONNE QUI COUVRE L'ENFANT :

RÉGIME SÉCURITE SOCIALE : GÉNÉRAL (& RSI) MSA

2 - VACCINATION OBLIGATOIRE (Photocopie du carnet de vaccination à fournir obligatoirement)

<u>Vaccins :</u>	Diphtérie	Tétanos	Poliomyélite	ou DT Polio	ou Tétracoq
<u>Dernier rappel :</u>

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

4 - RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc

.....

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre

.....

5 - ACCUEIL PERSONNALISÉ

Votre enfant est-il en situation de handicap ? oui non

Votre enfant est-il suivi par un médecin ? oui non

Si oui, un responsable prendra contact avec vous afin d'envisager un accueil adapté.

6 - ALLERGIES ET TRAITEMENT EN COURS

DANS TOUS LES CAS, il vous est demandé de prendre contact avec le directeur de l'école pour mettre en place un PAI (Projet d'Accueil Individualisé). Sans cette démarche aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant. L'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) seront transmis lors de cet entretien avec les explications nécessaires sous l'autorité du médecin scolaire.

Allergies : Asthme oui non Médicamenteuses oui non
Alimentaires oui non Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler pour la mise en place d'un PAI)

.....

Traitement médical spécifique oui non

Lequel :

7 - ASSURANCE INDIVIDUELLE DE L'ENFANT

L'enfant est-il assuré pour les activités extra scolaires ? oui non

Si la réponse est négative, il est rappelé qu'une assurance responsabilité civile est obligatoire pour l'admission de l'enfant aux activités.

8 - DROIT À L'IMAGE

Je déclare autoriser l'exploitation des photographies de mon(mes) enfant(s), conformément à l'article 9 du Code Civil et dans les conditions suivantes : tous usages à des fins de communication notamment plaquette de présentation, affiches, activités ou expos.

Je déclare autoriser l'exploitation des photographies de mon(mes) enfant(s) pour notre site internet/facebook. *

Je n'autorise aucune exploitation des photographies de mon enfant.

9 - AUTORISATIONS DE SORTIE

(Merci de mentionner les personnes de plus de 16 ans (préciser lien de parenté) autorisés à prendre en charge votre enfant en dehors des parents)

J'autorise M./Mme n°de tel :

M./Mme n°de tel :

M./Mme n°de tel :

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'accueil periscolaire oui non
(Je reconnais avoir été informé(e) que les activités peuvent nécessiter des déplacements à pied ou en transport collectif)

J'autorise mon enfant à regagner son domicile seul à la fin des activités oui non

10 - RESPONSABLES DE L'ENFANT : - INFORMATIONS OBLIGATOIRES

RESPONSABLE LEGAL 1 :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE:

..... QUARTIER:

Tél. domicile :

Tél. Portable:

Tél. travail :

Courriel :

Profession :

N° allocataire CAF : Nom du parent responsable du dossier CAF :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (Facultatif) :

NOMS ET N° DE TELEPHONE DES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : n°de tel :

NOM : n°de tel :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise les directeurs de structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à rembourser sur présentation des justificatifs, les frais engagés par l'association en cas de soins médicaux ou chirurgicaux sur mon enfant.

Date.....

Signature
Responsable légal 1

Signature
Responsable légal 2

Lu et approuvé (manuscrit)

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER D'ADHESION

- Photo d'identité
- Photocopie du carnet de vaccination
- Projet d'Accueil Individualisé (PAI), le cas échéant
- Certificat médical (aptitude à la pratique des activités sportives)
- Attestation d'assurance (responsabilité civile individuelle accident et extrascolaire)
(assurance habitation ou assurance scolaire)
- Attestation de sécurité sociale
- Attestation CAF ou MSA/A défaut votre dernière déclaration d'impôts sur les
revenus
- **Chèque d'adhésion (15/enfant ou 30 €/famille)**