

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS TEMPS PERISCOLAIRE



Photo d'identité	<b>ENFANT</b>	<b>Ecole</b>
	NOM : .....	<input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Elémentaire
	Prénoms : .....	Classe : .....
	Né(e) le : __/__/____ à .....	Enseignant(e) : .....

**INSCRIPTION :**  Transport scolaire  Garderie  Cantine scolaire  
 Matin  Soir  Matin  Soir

**PHOTOGRAPHIE** Les photographies, films pourront être utilisés sur des supports de communication (dépliants, reportages télévisuels ou à destination des familles, presse locale, blogs, bulletin municipal, site internet, expositions à l'école).

J'autorise la prise de vue de mon enfant par la mairie :  oui  non

<b>RESPONSABLES LÉGAUX</b>		
NOM et PRENOMS		
Qualité (père, mère, tuteur,...)		
Date de naissance	__/__/____	__/__/____
Adresse		
Téléphone	__/__/__/__	__/__/__/__
Mail		
Profession Lieu et tél de travail		

<b>Personnes autorisées à venir chercher l'enfant</b> (autre que les responsables légaux)		
NOM Prénom	N° de téléphone	Qualité
	__/__/__/__	
	__/__/__/__	
	__/__/__/__	

**FACTURATION** Payeur : .....

Prélèvement automatique :  Oui  Non

Si oui, joindre  le mandat de prélèvement SEPA (complété, daté et signé)  le RIB

## ASSURANCE EXTRASCOLAIRE

Compagnie : ..... Tél : .....

Adresse : ..... N° de souscription : .....

## SANTÉ :

Pour toutes observations particulières concernant l'alimentation, merci de fournir impérativement **une photo**.

**ALIMENTATION** Observations particulières (allergies, végétarien, sans porc...): .....

**FICHE MEDICALE :** MEDECIN TRAITANT Nom : ..... N° de téléphone : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Les 11 vaccins rendus obligatoires pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> janvier 2018 sont-ils à jour ?  oui  non

Renseignements médicaux concernant l'enfant - L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI	<input type="checkbox"/>								
NON	<input type="checkbox"/>								

Recommandations des parents :

Votre enfant porte-t-il  des lunettes  des prothèses auditives  des prothèses dentaires  autres

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

**ALLERGIES ET TRAITEMENT EN COURS** - La mise en place d'un PAI\* (Projet d'Accueil Individualisé) est indispensable pour l'accueil des enfants atteints de pathologies, de maladies chroniques, comme l'allergie [voir règlement intérieur]

Allergies : **Asthme**  oui  non **Médicamenteuses**  oui  non **Alimentaires**  oui  non

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 :  oui  non Lequel ?

PAI (Projet d'Accueil Individualisé)\* :  oui  non

En apposant ma signature sur ce document,

J'atteste sur l'honneur, l'**exactitude des renseignements** fournis et m'engage à prévenir la mairie de tout **changement éventuel** (adresse, problème de santé, situation familiale ...).

J'autorise le(s) responsable(s) des activités périscolaires à prendre le cas échéant, toutes **mesures** (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) **rendues nécessaire par l'état** de l'enfant.

Je reconnais **avoir pris connaissance** de tous les documents présents dans le **dossier d'inscription**, consultable en ligne (rubrique Enfance Jeunesse ⇒ Vie périscolaire) et particulièrement le **règlement intérieur** relatif aux activités périscolaires et à la restauration scolaire. **Je déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.**

Je déclare **avoir pris connaissance des informations relatives au RGPD** (règlement intérieur) et **donné mon consentement.**

Fait à : .....

Signature(s) du ou des responsable(s) de l'enfant :

Le : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_