



PERISCOLAIRE

Année 2023-2024

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :

.....
.....

Scolarité demandée : ☐CP ☐CE1 ☐CE2 ☐CM1
☐CM2

Fiche à compléter impérativement et à remettre au plus tard le **31 mai 2023** au SECRETARIAT DE LA MAIRIE

☐ **AIDE AUX DEVOIRS** : uniquement à partir du CE1 au CM2 le lundi mardi et jeudi de 16H15 à 17H30 suivi de la garderie jusqu'à 18h30 (**Activité proposée en fonction du nombre d'inscrits**)
ou ☐ **ACTIVITES PERISCOLAIRES** (**Lundi Mardi Jeudi Vendredi**)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS OU LE REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1

☐Père☐Mère☐Autre :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

N°de portable :

RESPONSABLE 2

☐Père☐Mère☐Autre :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

N°de portable :

AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

.....
.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Ces données permettent de recueillir des informations nécessaires en cas d'urgence pour votre enfant

Poids : Taille : Groupe sanguin :

Pré

Médecin traitant :

Vaccinations :

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

✦Vaccins obligatoires:

Diphtérie oui ☐ non ☐ Date dernier rappel :

Tétanos oui ☐ non ☐ Date dernier rappel :

Poliomyélite oui ☐ non ☐ Date dernier rappel :

Ou DT polio oui ☐ non ☐ Date dernier rappel :

Ou Tétracoq oui ☐ non ☐ Date dernier rappel :

BCG oui ☐ non ☐ Date dernier rappel :

✦Vaccins recommandés:

Hépatite B oui ☐ non ☐ Date :

Rubéole-Oreillons-Rougeole oui ☐ non ☐ Date :

Coqueluche oui ☐ non ☐ Date :

Autres (préciser) :

✦Allergies :

Asthme : oui ☐ non ☐

Médicamenteuses : oui ☐ non ☐

Alimentaires : oui ☐ non ☐

Autres(préciser) :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Commentaires éventuels :

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

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

Rubéole : oui ☐ non ☐

Varicelle : oui ☐ non ☐

Angine : oui ☐ non ☐

Rhumatisme articulaire aigu : oui ☐ non ☐

Scarlatine : oui ☐ non ☐

Coqueluche : oui ☐ non ☐

Otite : oui ☐ non ☐

Rougeole : oui ☐ non ☐

Oreillons : oui ☐ non ☐

Votre enfant suit-il un traitement médical de longue durée ?
oui ☐ non ☐

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

Précisez :

.....

Règlement et signature au dos