



Les informations de santé relatives à votre enfant

Ce document a pour objectif de veiller à la sécurité et prendre soin de la santé de votre enfant accueilli dans les structures présentées ci-dessus .

NOM et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

1. Les informations obligatoires à nous communiquer

1.1. Les vaccinations obligatoires

Mon enfant est né avant 2018 et est vacciné contre : antidiptérique – antitétanique – antipoliomyélique.

OUI

NON

Mon enfant est né à compter du 01 janvier 2018 et est vacciné contre : antidiptérique – antitétanique - antipoliomyélique X X - la coqueluche - les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b - le virus de l'hépatite B - les infections invasives à pneumocoque - le méningocoque de séro groupe C - la rougeole - les oreillons - la rubéole.

OUI

NON

Fournir la copie du carnet de vaccination au nom de l'enfant

1.2. Les pathologies chroniques ou aiguës en cours (Si oui, coordonnées du médecin traitant obligatoire)

(Les pathologies chroniques sont des maladies permanentes, stables ou évolutives, transmissibles ou non, et qui se caractérisent par l'ampleur de leurs répercussions sur la vie quotidienne des patients et de leur entourage. Exemples : diabète, hémophilie, asthme...).

Mon enfant est atteint d'une pathologie chronique ou aiguë :

OUI

NON

1.3. Projet d'Accueil Individualisé (PAI) (Si oui, coordonnées du médecin traitant obligatoire)

Mon enfant est atteint d'une pathologie chronique ou aiguë pour laquelle un PAI est mis en place :

OUI

NON

1.4. Cordonnées du médecin traitant

Fournir la copie du PAI

2. Les informations facultatives que vous souhaitez nous communiquer

Ce sont les informations qui peuvent aider au diagnostic médical si la santé de votre enfant se dégrade pendant l'accueil (fièvre, douleurs, malaise...), régime alimentaire, les autres informations qui permettront d'apporter du bien-être et du confort, en lien avec les besoins de votre enfant : rituels d'endormissement, phobies, compétences et inquiétudes de votre enfant en lien avec les activités (ex : animaux, baignades, alimentation...), hypersensibilité au bruit, etc...

Date :

Signature :

Ce dossier ainsi que tous les feuillets sont à rapporter en mairie

Site internet de la commune : www.mairie-laregrippiere.fr

SERVICE	Responsable	m ail	Téléphone
coordination de la pause méridienne CME	Cyril	enfancejeunesse@mairie-la regrippière.fr	
Inscription / annulation repas facturation (seulement par mail ou SMS)	Bruno	cantine.regrippiere@gmail.com	
Menus, questions diverses au restaurant scolaire	bénévoles	gestioncantine.laregrippiere@gmail.com	
Croc'loisirs 3/11 ans	Equipe D'animation	crocloisirs@orange.fr	02 40 06 88 43
Espac'jeunesse 10/17 ans	Equipe d'animation	crocloisirs@orange.fr	06 49 78 75 71

PERSONNES AUTORISÉES A RECUPERER L'ENFANT

NOM	PRENOM	N° Téléphone	Lien de parenté ou autres (à préciser)

Je soussigné, Madame, Monsieur...responsable légal de l'enfant ou des enfants inscrits aux activités des structures d'accueil ;

Le règlement intérieur de chaque service est disponible sur le site internet de la Mairie de La Regrippière.

- déclare **exact** les renseignements portés sur cette fiche OUI NON
- certifie **avoir lu et accepter** intégralement le règlement des structures d'accueil OUI NON
- autorise toute personne responsable de l'activité ou parents à **assurer le transport** de ma fille, mon fils à l'aide de tout véhicule (train, voiture, car, minibus), transport nécessaire à une activité. OUI NON
- autorise mon ou mes enfants à **participer aux activités** pratiquées dans le cadre des services proposés. OUI NON
- autorise les animateurs à **photographier ou filmer** librement mon ou mes enfants et éventuellement à publier gratuitement dans les différents outils de communication de la mairie, du restaurant scolaire et de l'association Croc'loisirs Espac'jeunesse OUI NON
- autorise mon ou mes enfants..... à **quitter seul (s)** les structures d'accueil aux horaires autorisés (*uniquement pour les enfants de plus de 6 ans*) OUI NON
- certifie que mon enfant ou mes enfants ne font l'objet d'**aucune** contre indication médicale à la pratique de **toutes activités sportives**.
Si non, préciser l'enfant et lister les activités interdites :..... OUI NON
- atteste avoir souscrit une **assurance particulière** couvrant la responsabilité civile de mon ou mes enfants pour les dommages qu'il pourrait causer. OUI NON



Fait à _____ Le / /

Signature du responsable légal

Cocher le ou les services concernés :

Pause méridienne / Restaurant scolaire

Croc' loisirs

INSCRIPTION DES ENFANTS

(1) : merci de préciser si l'enfant est bénéficiaire de l'Allocation Education Enfant Handicapé (AEEH) ou d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Classe	École	AEEH(1)	PAI (1)
			--/--/----				
			--/--/----				
			--/--/----				
			--/--/----				

<p>RESPONSABLE LÉGAL : Mère Père Tuteur</p> <p>NOM.....Prénom.....</p> <p>Adresse.....</p> <p>Commune.....Code postal.....</p> <p>Adresse mail : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><small>(Cette adresse mail sera votre identifiant pour la connexion sur le portail famille de Croc'loisirs).</small></p>	<p>Téléphone :</p> <p>Domicile : _____</p> <p>Portable : _____</p> <p>Travail : _____</p>
<p>RESPONSABLE LÉGAL : Mère Père Tuteur</p> <p>NOM.....Prénom.....</p> <p>Adresse.....</p> <p>Commune.....Code postal.....</p> <p>Adresse mail : <input type="checkbox"/> @..... <input type="checkbox"/></p>	<p>Téléphone :</p> <p>Domicile : _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Portable : _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Travail : _____</p>

ORGANISME D’AFFILIATION (à compléter obligatoirement si vous souhaitez bénéficier du tarif dégressif en fonction du quotient familial)

Régime (organisme qui verse les allocations familiales) CAF MSA

N° allocataire : _____ Quotient familial : _____

Ou présentation de la dernière feuille d'imposition.