

**Services municipaux :
Restaurant scolaire et Enfance—Jeunesse**

RESPONSABLE 1 DE L'ENFANT vis-à-vis de la CAF

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE.....

.....

DATE DE NAISSANCE.....

TEL. DOMICILE.....Bureau.....

PORTABLE.....

E-MAIL.....

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT :

.....

N° de SÉCURITÉ SOCIALE :

QUOTIENT CAF :
(Récent de moins de 3 mois)

NUMERO CAF :

**A rendre
le 14 juin 2024 dernier délai !**

INSCRIPTIONS:

Accueil Péri-scolaire	Restaurant scolaire	Accueil Péri-scolaire	Etude	Accueil Péri-scolaire
Matin		Soir 1	Soir	Soir 2
7h15-8h30		16h20-17h45 (Maternelle seule)	16h30-17h45 (Elémentaire seul)	17h45-18h30
Occasionnel <input type="checkbox"/> *Abonnement <input type="checkbox"/> * Entourer les jours concernés	Occasionnel <input type="checkbox"/> *Abonnement <input type="checkbox"/> * Entourer les jours concernés	Occasionnel <input type="checkbox"/> *Abonnement <input type="checkbox"/> * Entourer les jours concernés	Occasionnel <input type="checkbox"/> *Abonnement <input type="checkbox"/> * Entourer les jours concernés	Occasionnel <input type="checkbox"/> *Abonnement <input type="checkbox"/> * Entourer les jours concernés
Lundi Mardi Jeudi Vendredi	Lundi Mardi Jeudi Vendredi	Lundi Mardi Jeudi Vendredi	Lundi Mardi Jeudi Vendredi	Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Saint Genis les Ollières

2024/ 2025 Garçon Fille

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE : École VICTOR HUGO _____

CLASSE: _____

RESPONSABLE 2

NOM.....PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE.....

TEL.DOMICILE.....Bureau.....

PORTABLE.....Lien parental avec l'enfant:.....

E-MAIL.....

ADRESSE si autre.....

.....

EMPLOYEUR DU RESPONSABLE 1 DE L'ENFANT vis-à-vis de la CAF

.....

EMPLOYEUR DU RESPONSABLE 2.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Allergie: Asthme oui Non **Médicamenteuse:** oui Non

Alimentaire: oui (précisez)..... Non

Un rendez-vous avec votre médecin pour établir un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) est OBLIGATOIRE, sans quoi l'allergie n'est pas prise en compte.

Vaccins Obligatoires	Date du derniers rappel
Diphtérie-Tétanos-Polio (DT Polio)	
(Autres vaccins)	

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES QUI POURRAIENT AVOIR UN IMPACT SUR L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT EN COLLECTIVITE

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ?

Sans viande : OUI NON

Autorisation Sport :		Porte des Lunettes :	
Porte un appareil dentaire :		Porte un appareil auditif :	

Je soussigné (e), Mr ou Mme
responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'animateur ou le référent du restaurant scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

De plus je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur* du restaurant scolaire et de l'accueil périscolaire de la ville de St Genis-les-Ollières. Je m'engage à veiller à ce que mon enfant le respecte .

**Document téléchargeable sur le site de la Commune ou par version papier sur demande .*

J'autorise les services municipaux à utiliser les images de mon enfant dans le cadre de leur communication (journal de la ville, site internet de la ville et journaux locaux)
OUI NON

Mon enfant est autorisé à rentrer seul : OUI NON

Autre(s) personne(s) autorisée(s) à venir chercher mon enfant :

Nom Prénom, téléphone, lien de parenté :
.....

Nom Prénom, téléphone, lien de parenté :
.....

DATE :

Signature des parents :

PIÈCES A FOURNIR OBLIGATOIRES :
Pour tous les services

- **Numéro CAF et Quotient CAF avec justificatif récent de moins de trois mois**
- **Photocopie de l'Attestation de Sécurité Sociale**
- **Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé**