



FICHE DE RENSEIGNEMENTS - TEMPS PERISCOLAIRE

Ecole :	Classe :	Niveau :	Année scolaire 2024-2025
---------	----------	----------	--------------------------

ENFANT			
NOM :		PRÉNOM :	SEXE :
DATE DE NAISSANCE :		LIEU DE NAISSANCE :	

RESPONSABLES LÉGAUX		
	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
NOM		
PRÉNOM		
SITUATION FAMILIALE		
QUALITÉ		
ADRESSE		
EMAIL		
TÉL		
PORTABLE		
PROFESSION LIEU DE TRAVAIL		
TEL PROFESSIONNEL		

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT <i>(autres que les responsables légaux)</i>			
NOM	PRÉNOM	TEL	QUALITÉ

INSCRIPTION		
<input type="checkbox"/> Transport Scolaire (voir SIVOS) <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Garderie <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Cantine scolaire

FACTURATION			
PAYEUR	<input type="checkbox"/> Responsable légal 1	<input type="checkbox"/> Responsable légal 2	<input type="checkbox"/> Autres
PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, joindre <input type="checkbox"/> mandat de prélèvement SEPA complété, daté et signé <input type="checkbox"/> RIB	
	<input type="checkbox"/> Non	Adresse de facturation	

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE en cas d'incident impliquant votre enfant, nous sommes autorisés à communiquer vos coordonnées ainsi que les références de votre assurance au tiers lésé par le biais d'une « déclaration d'accident »		
ASSUREUR :		NUM :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parental dûment datée et signée est obligatoire (à joindre avec cette fiche).	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, sur des supports de communication tels que dépliants, reportages télévisuels ou à destination des familles, presse locale, blogs, bulletin municipal, site internet, expositions à l'école).	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Appareil dentaire : votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Appareil auditif : votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Handicap	Réponse
Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Données complémentaires
<i>Auriez-vous des observations à nous transmettre d'ordre médicales ou autres (précautions, hyper ou hypo sensibilité, ...) qui permettraient d'améliorer son accueil durant les temps périscolaire.</i>

INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du médecin traitant		Tel								
Allergies	<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Médicamenteuses <input type="checkbox"/> Alimentaires									
Traitement médical	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Lequel ?							
PAI (Projet d'accueil Individualisé)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Date de la signature :							
<input type="checkbox"/> En cochant cette case, j'atteste que les 11 vaccins rendus obligatoires pour les enfants nés après le 1 ^{er} janvier 2018 sont mis à jour.										
Maladies	Angine	Coqueluche	Oreillons	Otite	Rhumatisme	Rougeole	Rubéole	Scarlatine	Varicelle
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pratiques alimentaire (allergies, sans porc, végétarien, ...)	
--	--

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.**

Je certifie que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile

Fait à :

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

Le : __ / __ / ____