

N° allocataire CAF :

# DOSSIER D'INSCRIPTION ACQ 2021-2022

Cantine, Centres de loisirs, Garderie

Votre Quotient Familial :

## Renseignements Enfant :

Nom : ..... Prénom : .....  
Date et lieu de naissance : ..... / ..... / .....  
Etablissement scolaire fréquenté : .....  
Classe : .....

## Renseignements Responsable légal de l'enfant :

### Parent 1

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél. : .../.../.../.../...  
Adresse mail : .....  
Profession : .....

### Parent 2

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél. : .../.../.../.../...  
Adresse mail : .....  
Profession : .....

## Renseignements médicaux :

Numéro sécurité sociale : .....  
Nom du Médecin traitant : .....  
Ville : ..... Tél. Fixe : .../.../.../.../...  
En cas d'hospitalisation, à quel hôpital souhaitez-vous que nous emmenions votre enfant ?  
.....

## Personne à prévenir en cas d'urgences : (si différente des parents)

Nom : ..... Prénom : .....  
Tél. Fixe : .../.../.../.../... Tél. Port. : .../.../.../.../...

## Coordonnées des personnes autorisées à venir reprendre l'enfant :

Nom Prénom,	N° de téléphone
.....	.../.../.../.../...
.....	.../.../.../.../...
.....	.../.../.../.../...

## Inscription à la cantine scolaire d'ACQ : (Sous réserve de changements ponctuels)

Mettre une croix dans la case correspondante

- Mon enfant mangera régulièrement à la cantine de ACQ
- Mon enfant mangera occasionnellement à la cantine de ACQ
- Mon enfant ne mangera pas à la cantine de ACQ

Dans les deux premiers cas  
merci de remplir la feuille  
CANTINE prévu à cet effet

## Autorisation Parentale

Je soussigné(e) Melle, Mme, Mr, ....., en qualité de père, mère, tuteur (1)

- Autorise ..... à participer à l'ensemble des activités organisées dans le cadre de la cantine et des ACM. (1)
- Autorise les responsables de la cantine et/ou des ACM à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgences médicales, y compris un transport en milieu hospitalier et m'engage à rembourser les frais médicaux éventuels. (1)
- Autorise la prise de photos et de vidéos lors des activités organisées par la mairie à des fins d'illustration dans différents supports de communication : bulletin municipal, sites internet de la mairie, exposition ... (1)
- Autorise mon enfant à quitter seul le centre à la fin des activités (1)

A ..... le ..... / ..... / 20.....

Signature

(1) Rayer les mentions inutiles

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**ATTENTION OBLIGATOIRE :** Vous devez joindre **un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité et à la pratique des activités physiques et sportives datant de moins de 3 mois.**

## 1 - VACCINATIONS

(si vous préférez vous pouvez joindre une copie du carnet de santé ou de vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétra coq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** quotidien ?  oui  non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBÉOLE	VARICELLE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	SCARLATINE	ANGINE	OREILLONS	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non								

### ALLERGIES :

ASTHME  Oui  Non

ALIMENTAIRES  Oui  Non

MÉDICAMENTEUSES  Oui  Non

Non

AUTRES .....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)**

.....  
.....

**Indiquez ci-après les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

.....  
.....

## 3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....  
.....

## 4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

## OBSERVATIONS

.....  
.....