



À retourner en mairie au plus tôt et au 15 juillet 2015 maximum pour la rentrée de septembre 2015.

Valable du 1^{er} septembre 2015 au 31 août 2016

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNUELLE

A destination des équipes d'animation et du service administratif

Ce document ne vaut pas inscription au service choisi. Une inscription en mairie pour chaque service devra être effectuée.

L'enfant

Nom : Prénom :
 Date de naissance : ___/___/____ Sexe : Féminin Masculin
 Ecole : Classe : Enseignant.....

Responsables légaux

Coordonnées du père

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Domicile : ___/___/___/___/___
 Portable : ___/___/___/___/___
 Travail : ___/___/___/___/___
 Mail :@.....

Coordonnées de la mère

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Domicile : ___/___/___/___/___
 Portable : ___/___/___/___/___
 Travail : ___/___/___/___/___
 Mail :@.....

Nom et adresse de facturation :

Mon enfant fréquente ou fréquentera, au moins une fois, (cocher) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> L'accueil périscolaire du matin | <input type="checkbox"/> Groupe scolaire René Thibault |
| | <input type="checkbox"/> Ecole Guerquin |
| <input type="checkbox"/> L'accueil périscolaire de midi (cantine) | <input type="checkbox"/> Groupe scolaire René Thibault |
| | <input type="checkbox"/> Ecole Guerquin |
| <input type="checkbox"/> L'accueil périscolaire du soir | <input type="checkbox"/> Groupe scolaire René Thibault |
| | <input type="checkbox"/> Ecole Guerquin |
| <input type="checkbox"/> Les accueils de loisirs (centres aérés) (4-12 ans) | |
| | <input type="checkbox"/> les petites vacances (février, avril, octobre) |
| | <input type="checkbox"/> les grandes vacances (juillet, août) |
| <input type="checkbox"/> La navette scolaire (trajets matin & soir uniquement, 6-12 ans) | |

Attention ! Ne vaut pas inscription

Je soussigné(e) (responsable légal).....**autorise** (*rayez les mentions inutiles*)

- Autorise mon enfant à rentrer seul jusqu'au domicile (uniquement à partir de 7 ans).**
- M-Mme-Melle (*personne majeure*)....., qualité :à venir chercher mon enfant
- M-Mme-Melle (*personne majeure*)....., qualité :à venir chercher mon enfant
- M-Mme-Melle (*personne majeure*)....., qualité :à venir chercher mon enfant
- M-Mme-Melle (*personne majeure*)....., qualité :à venir chercher mon enfant
- sans contrepartie, la mairie à publier les photographies sur lesquelles l'enfant apparaît, prises lors d'activités, dans toute publication municipale ainsi que sur le site internet de la commune et renonce aux droits que je détiens sur l'image de l'enfant.
- mon enfant à participer aux sorties extérieures organisées lors des accueils.
- mon enfant à participer aux activités (sportives, culturelles, manuelles) pratiquées dans le cadre des accueils périscolaires et extrascolaires.

Fait à.....le ___/___/____

Signature

N° allocataire CAF : _____
 N° assurance extrascolaire : _____
 Nom de la compagnie : _____



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de votre enfant.

Vaccinations

Vaccins obligatoires	Pratiqué le	Dates des derniers rappels
Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche	_/_/___	

Vaccins recommandés	Pratiqué le	Dates des derniers rappels
BCG (vaccination antituberculeuse)	_/_/___	
Hépatite B	_/_/___	
Infections à pneumocoque	_/_/___	
Rougeole-Oreillons-rubéole	_/_/___	
Autres (précisez)	_/_/___	

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Votre enfant a-t-il eu l'une de ces maladies ? Entourez la bonne réponse

Rubéole	oui	non	Coqueluche	oui	non
Varicelle	oui	non	Otite	oui	non
Angine	oui	non	Rougeole	oui	non
Rhumatisme	oui	non	Oreillons	oui	non
Scarlatine	oui	non			

Allergies

- Asthme oui non
- Alimentaires oui, lesquelles..... non
- Médicamenteuses oui, lesquelles..... non
- Autres

N° de sécurité sociale : _____

Recommandations particulières

- Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? oui, lequel : non
 Votre enfant suit-il un traitement médical ? oui, lequel : non
 Votre enfant est-il suivi par une Auxiliaire de Vie Scolaire ? oui non
 Son état de santé nécessite t-il des aménagements dans les activités physiques ? oui non

Médecin traitant

Nom : Prénom : Téléphone : _/_/_/_/_/____
 Adresse :

Personne à prévenir en cas d'accident (autre que les responsables légaux)

Nom : Prénom : Téléphone : _/_/_/_/_/____

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

Date : _/_/_/____

Signature :