

# FICHE D'INSCRIPTION – DOSSIER UNIQUE

## DOSSIER REMIS POUR

CANTINE  EXTRASCOLAIRE  PERISCOLAIRE  GARDERIE MUNICIPALE

### L'ENFANT

NOM ET PRENOM : ..... SEXE :  GARÇON  FILLE

DATE DE NAISSANCE : ..... ECOLE.....

ADRESSE DU DOMICILE : .....

.....

### LE PERE

NOM ET PRENOM : .....

PROFESSION : .....

REGIME PROFESSIONNEL GENERAL  MARITIME  MSA  AUTRES  .....

E-MAIL : .....

N° D'ALLOCATAIRE : .....

CELIBATAIRE  UNION LIBRE  MARIE  DIVORCE

### LA MERE

NOM ET PRENOM : .....

PROFESSION : .....

REGIME PROFESSIONNEL GENERAL  MARITIME  MSA  AUTRES  .....

E-MAIL : .....

N° D'ALLOCATAIRE : .....

CELIBATAIRE  UNION LIBRE  MARIEE  DIVORCEE

N° DE TELEPHONE	DOMICILE	TRAVAIL	MOBILE
PERE			
MERE			
AUTRES			



### RESTAURATION SCOLAIRE

1<sup>ère</sup> INSCRIPTION

RÉINSCRIPTION

### SOUHAITS FREQUENTATION RESTAURATION SCOLAIRE

LUNDI

MARDI

JEUDI

VENDREDI

•  **Votre enfant a-t-il un régime alimentaire : Sans viande**    **précisez.....**

•  **Votre enfant a-t-il un PAI alimentaire : OUI**    **NON**    **précisez.....**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

A EGUILLES LE ..... / ..... / .....

**SIGNATURE**

## AUTORISATION PARENTALE

NOM et PRENOM (de l'enfant) .....

### REGLEMENT INTERIEUR

JE SOUSSIGNE MADAME / MONSIEUR .....

ATTESTE AVOIR PRIS CONNAISSANCE ET ACCEPTE LE REGLEMENT INTERIEUR DE CHAQUE STRUCTURE  
FREQUENTÉE PAR MON ENFANT.

**L'APPLICATIF CAFPRO** (se référer au règlement intérieur de l'accueil de loisirs extrascolaire page 4)  
AUTORISE L'ACCÈS AU SERVICE D'INFORMATION EN LIGNE CAFPRO DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS  
FAMILIALES ET A LA CONSERVATION ET L'UTILISATION DE MES DONNÉES PERSONNELLES :

OUI  NON

### FONCTIONNEMENT DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

AUTORISE MON ENFANT A PARTICIPER AUX ACTIVITES :

OUI  NON

AUTORISE MON ENFANT A SE DEPLACER EN MINIBUS OU EN AUTOCAR :

OUI  NON

AUTORISE L'EQUIPE D'ANIMATION A PRENDRE LES MESURES NECESSAIRES (recours au service  
d'urgence, hospitalisation, anesthésie générale) EN CAS D'ACCIDENT OU MALADIE ET M'ENGAGE A  
REMBOURSER LES FRAIS CORESPONDANTS :

OUI  NON

AUTORISE L'EQUIPE D'ANIMATION A FILMER ET A PHOTOGRAPHER MON ENFANT :

OUI  NON

### LES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT SONT :

NOMS	LIENS	TELEPHONE

**OBSERVATIONS PARTICULIERES** .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

A EGUILLES LE ..... / ..... / .....

**SIGNATURE**

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1. L'ENFANT

NOM ET PRENOM : ..... SEXE :  GARÇON  FILLE .....

DATE DE NAISSANCE : ..... ECOLE..... CLASSE .....

N° DE SECURITE SOCIALE : .....

NOM ET TEL DU MEDECIN DE FAMILLE : .....

### 2. LES VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou DT Polio</b>				BCG	
<b>Ou Tétracoq</b>				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES **VACCINS OBLIGATOIRES** JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
ATTENTION le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

**MERCI DE VEILLER A RENSEIGNER LA DATE DES VACCINS OBLIGATOIRES, SANS QUOI LE DOSSIER DE VOTRE ENFANT NE SERA NI ACCEPTÉ, NI TRAITÉ !**

### 3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ANTERIEURS CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : ASTHME  OUI  NON MEDICAMENTEUSE  OUI  NON

ALIMENTAIRES  OUI  NON AUTRES  .....

### 4. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ACTUELS CONCERNANT L'ENFANT

**Votre enfant présente -t-il des troubles de la santé, pouvant nécessiter un traitement ou des soins, pendant l'accueil de loisirs? OUI  NON**

**Si oui lesquels ? .....**

**VOTRE ENFANT A-T-IL UN PAI ? OUI  NON**

### 5. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (port de lunettes, prothèses auditives...)

.....  
.....

### 6. OBSERVATIONS PARTICULIERES

.....  
.....

### 7. RESPONSABLE DU MINEUR (personne à prévenir en cas d'urgence)

NOM ET PRENOM : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : ..... TEL PORTABLE : .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

A EGUILLES LE ..... / ..... / .....

**SIGNATURE**