



FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE

Afin de ne pas multiplier les documents à remplir, cette fiche de renseignements est commune aux services enfance/jeunesse de la Commune du Pallet : accueil périscolaire, centre de loisirs, T.A.P. et restaurant scolaire.

FAMILLE

REPRESENTANT 1	REPRESENTANT 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse ⁽¹⁾ :
CP – Ville :	CP – Ville ⁽¹⁾ :
Courriel :	Courriel ⁽¹⁾ :
Tél domicile :	Tél domicile ⁽¹⁾ :
Tél portable :	Tél portable :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
Profession :	Profession :

(1) à remplir si différent

Courriel à prendre en compte pour l'envoi de la facture :

RÉGIME ALLOCATAIRE

C.A.F. M.S.A. Autre (Préciser)

N° allocataire :

⇒ **Pour les allocataires C.A.F.** : la convention CAFPRO nous permet de consulter votre quotient familial (Q.F.). En cas de refus, merci de nous adresser un courrier et un justificatif de Q.F.

⇒ **Pour les allocataires M.S.A. ou autres, et pour une première inscription**, joindre un justificatif de votre Q.F.

COMPOSITION DE LA FAMILLE *Merci d'indiquer les enfants scolarisés susceptibles de fréquenter les services enfance/jeunesse*

	Nom	Prénom	Date de naissance
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			
Enfant 4			

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER LE(S) ENFANT(S)
Elles doivent être munies d'une pièce d'identité

Nom Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE *en cas d'absence des parents*

A noter dans l'ordre de priorité	Personne 1	Personne 2	Personne 3
Nom Prénom			
Téléphone			

AUTORISATIONS

J'autorise les services enfance/jeunesse de la Commune du Pallet à photographier et à filmer mon(mes) enfant(s) pour les supports de communication de la commune.

Oui Non

En cas d'urgence, j'autorise les organisateurs à présenter mon(mes) enfants(s) à un médecin et à prendre toutes les mesures nécessaires pour qu'il(s) reçoive(nt) les soins appropriés.

Fait à

Le

Signature(s) représentant 1 et/ou représentant 2

Pour chaque modification d'information(s) relative(s) à la famille (composition, n° tel ou adresse) il vous appartient de prévenir la Mairie dans les plus brefs délais.

INSCRIPTIONS aux différents services enfance/jeunesse de la commune du Pallet
Année scolaire 2017-2018

Nom et prénom de l'enfant : Sexe M F
 Adresse de l'enfant :
 Date de naissance :
 Ecole : Astrolabe Saint-Joseph Autre Classe en 2017/2018 :
 Nom du représentant 1 : Nom du représentant 2 :
 Prénom : Prénom :

Si vous souhaitez que votre enfant parte seul, fournir une autorisation écrite spécifique à chaque service (accueil périscolaire, T.A.P., accueil de loisirs).

➤ **Restaurant scolaire :**

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Selon planning*	Occasionnellement**

*Planning à fournir en Mairie au plus tard 3 jours avant le début de chaque mois.
 ** les réservations le jour même ne sont prises en compte **qu'en cas d'urgence**.

Cocher les cases selon la réponse souhaitée.

➤ **Accueil Périscolaire**

Fréquentation régulière : *indiquer l'heure d'arrivée pour le matin et l'heure de départ pour le soir*

Lundi		Mardi		Mercredi	Jeudi		Vendredi	
matin	soir	matin	soir	matin	matin	soir	matin	soir

Fréquentation occasionnelle (*des planning vierges sont à votre disposition à l'accueil périscolaire ou en Mairie*).

➤ **T. A. P.**

Le programme des activités vous sera remis avant chaque période avec la fiche d'inscription.
 Bien prendre en compte les souhaits de l'enfant lors de l'inscription aux différentes activités proposées.
 lundi : CM1/CM2 mardi : CE1/CE2 jeudi : GS/CP

T. A. P. sieste pour les PS et MS : lundi, mardi, jeudi, vendredi

➤ **Temps d'accueil du mercredi midi**

- Fréquentation régulière
 Fréquentation occasionnelle

➤ **Accueil de loisirs**

Mercredis en période scolaire : Tous les mercredis en journée entière
 Tous les mercredis matins avec le repas
 Tous les mercredis après-midis avec le repas
 Fréquentation occasionnelle - les fiches d'inscription de chaque période seront disponibles à l'accueil de loisirs ou en Mairie.

Petites et grandes vacances scolaires (inscription à la journée entière) : une permanence d'inscription aura lieu avant chaque période de vacances.

Je soussigné(e).....
 responsable légal de l'enfant, reconnaît avoir pris connaissance
 et accepter le règlement de chaque service.
 A..... le
 Signature(s)

Document à joindre au dossier :
 ✓ Attestation d'assurance scolaire ou responsabilité civile



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CEtte FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
ALLERGIES :	ASTHME	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	AUTRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

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.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
 COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

