

FICHE D'INSCRIPTION  
SERVICES PÉRISCOLAIRES

**ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : ..... SEXE : F M  
 ADRESSE : ..... DATE DE NAISSANCE : .....  
 ..... GARDE ALTERNÉE OUI  NON   
 ECOLE : ..... CLASSE : .....

**FAMILLE**

NOM : ..... PRENOM : ..... PERE MERE  
 AUTORITE PARENTALE : OUI  NON   
 ADRESSE (si différente de celle de l'enfant) : .....  
 .....  
 TEL. DOMICILE : ..... PORTABLE : .....  
 TEL. PROFESSIONNEL : ..... NOM-ADRESSE EMPLOYEUR : .....  
 ADRESSE E-MAIL : ..... Numéro allocataire CAF : .....

NOM : ..... PRENOM : ..... PERE MERE  
 AUTORITE PARENTALE : OUI  NON   
 ADRESSE (si différente de celle de l'enfant) : .....  
 .....  
 TEL. DOMICILE : ..... PORTABLE : .....  
 TEL. PROFESSIONNEL : ..... NOM-ADRESSE EMPLOYEUR : .....  
 ADRESSE E-MAIL : ..... Numéro allocataire CAF : .....

**SITUATION FAMILIALE**

MARIÉ(E)  DIVORCÉ(E)  CONCUBIN(E)  CELIBATAIRE  PACSÉ(E)  VEUF(VE)  SEPARÉ(E)

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

Nom, Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. Fixe	Tél. Port.

J'autorise les communes de le Controis-en-Sologne et Monthou sur Cher à prendre des photos et/ou vidéos de mon fils/ma fille..... (nom – prénom) et à les diffuser sur le site internet, sur les bulletins de la commune ou dans la presse locale.

**PAYEUR**

Monsieur et Madame.....  
 Adresse : .....

**En cas de séparation :**

Monsieur..... Adresse : .....  
 Semaines paires  Semaines impaires  Constamment

Madame ..... Adresse : .....  
 Semaines paires  Semaines impaires  Constamment

Je reconnais avoir reçu et prit connaissance du règlement intérieur des services périscolaires.  
 J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à communiquer à la commune tous changements qui pourraient intervenir.

Fait à ....., le.....

SIGNATURES PERE MERE TUTEUR

**ENFANT**

NOM – PRENOM : ..... Date de naissance : ..... Sexe : F M

Je valide l'inscription de mon enfant à :

 - La garderie : OUI  NON  Lieu : ..... LUNDI  MARDI  JEUDI  VENDREDI   
 OCCASIONNELLEMENT 

 - La cantine : OUI  NON  Lieu : ..... LUNDI  MARDI  JEUDI  VENDREDI   
 OCCASIONNELLEMENT 

 REPAS SANS VIANDE 
**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

MEDECIN TRAITANT : NOM : ..... Tél : .....

AUTRES PERSONNES :

Nom, Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. Fixe	Tél. Port.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

VACCINS OBLIGATOIRES : Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite : Date du dernier rappel ..... Hépatite B : Date .....

ROR : Date ..... Coqueluche : Date ..... Haemophilus influenzae type b : Date .....

Pneumocoque : Date ..... Méningocoque sérogroupe C : Date .....

*Joindre la copie des pages de vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations.*

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

 Angine  Oreillons  Scarlatine  Varicelle  Coqueluche   
 Rougeole  Rubéole  Otite  Rhumatisme articulaire aigu   
 PORT DE : Lentilles  Lunettes  Prothèses auditives 

Prothèses dentaires

Autre, préciser : .....

 L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES PROBLEMES DE SANTE PARTICULIERS : OUI  Lesquels : .....

 L'ENFANT A-T-IL DEJA SUBI DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES : OUI  Lesquelles : .....

**SANTE DE L'ENFANT**

 ALLERGIES ALIMENTAIRES : OUI  Préciser : .....

 ALLERGIE MEDICAMENTEUSE : OUI  Préciser le(s) médicament(s) : .....

 ASTHME : OUI 
**Si réponse(s) positive(s) : Se rapprocher de la médecine scolaire (pour les enfants de 6 ans et plus) ou de la P.M.I. (pour les enfants de moins de 6 ans), pour étudier la nécessité de mettre en place un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé).**

 P.A.I. EXISTANT : OUI  → Fournir une copie de PAI. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être donnés sur l'école.

**Aucun médicament ne pourra être pris en l'absence de P.A.I.**
**ASSURANCES**

NOM DU CENTRE DE SECURITE SOCIALE : ..... N° de Sécurité Sociale : ..... N° CAF .....

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE : Compagnie ..... N° .....

ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT : Compagnie ..... N° .....

*Apporter obligatoirement la (les) attestation(s) d'assurance au service des Affaires au plus tard le 1<sup>er</sup> jour d'école.*

Nous soussigné(s)..... responsable(s) de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Nous nous engageons à informer la commune du Controis-en-Sologne de toute modification importante concernant l'état de santé de notre enfant pouvant intervenir en cours d'année.

**Signature des deux responsables légaux :**