

**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 séro groupe 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^{er} 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 :