

## FICHE INDIVIDUELLE

### Inscription aux services périscolaires

NOM de l'enfant : ..... PRÉNOM : .....

Né(e) le : ...../...../.....

CLASSE (à la rentrée) : .....

Sexe : F  M

1 <sup>ER</sup> RESPONSABLE LEGAL	2 <sup>EME</sup> RESPONSABLE LEGAL
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
CP : ..... Ville : .....	CP : ..... Ville : .....
Mail (obligatoire) : .....	Mail : .....
Tél portable : .....	Tél portable : .....
Tél travail : .....	Tél travail : .....
Profession : .....	Profession : .....
Employeur : .....	Employeur : .....
N° allocataire CAF ou MSA : .....	N° allocataire CAF ou MSA : .....

Nom de l'assureur et n° de contrat d'assurance responsabilité civile (joindre une copie de l'attestation d'assurance) :

.....

## **AUTORISATIONS PARENTALES (rayer la mention inutile)**

► J'autorise mon enfant à rentrer seul à la sortie de l'école : OUI ou NON

► J'autorise mon enfant à prendre seul le car ou à rentrer seul le soir à la descente du car : OUI ou NON  
Pour rappel, les inscriptions doivent se faire en ligne sur [remi-centrevaldeloire.fr](http://remi-centrevaldeloire.fr)

► J'autorise mon enfant à être photographié ou filmé : OUI ou NON

► J'autorise la mairie de Civray à utiliser les photos et les vidéos sur tout support de communication (page Facebook de la mairie, bulletin municipal...) et je m'engage à renoncer à toute réclamation à ce sujet : OUI ou NON

En cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables, merci d'indiquer les personnes à contacter : (Nom, prénom, téléphone, lien de parenté) :

1.....

2.....

3.....

► J'autorise les personnes nommées ci-dessous à prendre en charge mon enfant à la sortie de l'accueil périscolaire (Nom, prénom, téléphone, lien de parenté) :

1.....

2.....

3.....

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>ENFANT</b>
	NOM : .....
	PRENOM : .....
	DATE DE NAISSANCE : .....
	GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

**1- VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATE
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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.

**2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?    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 ?

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

**ALLERGIES** : ASTHME    oui                       non

ALIMENTAIRES    oui                       non

MEDICAMENTEUSES    oui                       non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR ( si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

Allergies ou régime alimentaire (fournir une copie du Projet d'Accueil Individualisé). A défaut de PAI, la commune se réserve le droit de refuser d'adapter le régime alimentaire :

.....  
.....  
.....

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....  
.....  
.....

**3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC.... PRÉCISEZ :**

.....  
.....  
.....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

N° de sécurité sociale : .....

Nous soussignés, ..... responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le(s) responsable(s) des services périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Nous attestons avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires consultable sur le site internet de la commune de Civray et nous engageons à le respecter.

A ..... Le .....

Signatures :