

ANNEE 2021 / 2022

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PERISCOLAIRE et ACCUEIL DE LOISIRS

Identité de l'enfant :

NOM : _____ Prénom(s) : _____

Sexe : ____ Date et lieu de naissance : _____

Ecole : Elémentaire Maternelle – Classe _____ Nom de l'enseignant : _____

Identité des parents :

<p>Responsable 1 : Nom : _____ Prénom : _____ Date et lieu de naissance _____ Adresse : _____ _____ Code Postal _____ Ville : _____ Adresse mail _____ Profession : _____ N° Sécurité sociale : _____ ☎ domicile _____ ☎ Portable _____ ☎ Professionnel _____ N° allocataire CAF / MSA : _____</p>	<p>Responsable 2 : Nom : _____ Prénom : _____ Date et lieu de naissance _____ Adresse : _____ _____ Code Postal _____ Ville : _____ Adresse mail _____ Profession : _____ N° Sécurité sociale _____ ☎ domicile _____ ☎ Portable _____ ☎ Professionnel _____ N° allocataire CAF / MSA : _____</p>
--	--

Situation familiale : célibataire mariés pacés union libre séparé divorcé veuf(ve)
 (si l'un des parents n'a plus l'autorité parentale fournir un justificatif)

Informations périscolaires (cocher les cases correspondantes)

Inscription à l'année

	<u>Lundi</u>	<u>Mardi</u>	<u>Jedi</u>	<u>Vendredi</u>
Accueil matin				
Cantine				
Péri soir				

>> paiement mensuel

paiement à la période (de vacances à vacances)

Inscription mensuelle, se référer au tableau (fin du dossier)

Inscription occasionnelle

Inscription accueil de loisirs

→ Régime alimentaire : Normal Sans porc Sans viande Autre régime
 (certificat médical obligatoire)

Assurance de l'enfant (à joindre impérativement)

Responsabilité civile Oui Non

Individuelle accident Oui Non

Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher l'enfant si le responsable légal reste injoignable

Nom _____  _____ Lien avec l'enfant : _____

adresse _____

Nom _____  _____ Lien avec l'enfant : _____

adresse _____

Je soussigné(e), M ou Mme

père, mère, tuteur, autorise,

- L'animateur(rice) de l'activité périscolaire à prendre toute mesure d'urgence si l'état de notre enfant le justifie
- Pendant les activités, le personnel de la mairie à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs ou d'archives : Oui Non
- La Mairie à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse, journaux locaux, nouveau média, affiches, Trait d'Union...) : Oui Non
- Atteste sur l'honneur l'authenticité des renseignements ci-dessus et je m'engage à signaler tout changement significatif de situation (adresse, N° téléphone,...)
- Je m'engage à respecter le règlement intérieur de fonctionnement aux activités périscolaires et aux accueils de loisirs de la commune de Macheren
- J'accepte les modalités de protection des données*
- Veuillez signaler les observations particulières que vous jugerez utiles (allergies, traitement en cours, précautions particulières...) :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

MACHEREN, le _____
(signature)

PIECES A JOINDRE AU MOMENT DE L'INSCRIPTION

- Fiche sanitaire de liaison (obligatoire) + copie du carnet de vaccinations
- Attestation d'Assurance de Responsabilité Civile
- Je souhaite bénéficier **d'un tarif modulé** en fonction du quotient familial : je fournis le **justificatif** à télécharger sur l'espace personnel de la CAF

* Protection des données : les informations recueillies sur ce questionnaire seront conservées par les services de la mairie pendant la durée de l'année scolaire. Le droit d'accès et de rectification prévu à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978 modifié relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'exerce auprès du secrétariat de la mairie de MACHEREN qui est seul destinataire de ces informations.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
<h1>Joindre les copies du carnet de vaccination</h1>					

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

NUMERO SECURITE SOCIALE

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

