



Accueil Périscolaire 2018-2019

DOSSIER D'INSCRIPTION

ECOLE DE _____

CLASSE : _____

ETAT CIVIL DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

Date de Naissance :

Garçon

Fille

N° de Sécurité Sociale :

PARENT RÉFÉRENT

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone(s) :

Mail :@

Mail indispensable pour avoir accès au Portail Familles

Employeur(s) : Téléphone(s) Employeur(s) :

Ressortissant CAF ⇒ N° d'allocataire CAF :

MSA ⇒ Quotient Familial MSA :

Si autres régimes : ⇒ Quotient Familial :

Si l'autorité parentale est exercée **exclusivement** par l'un des 2 parents, lequel ?

Nous soussignés, responsables légaux de l'enfant inscrit au titre de cette fiche, l'autorisons, après avis médical, à **participer à toutes les activités** organisées par l'Accueil Périscolaire et certifions avoir pris connaissance de son fonctionnement, en accepter le règlement intérieur et le projet d'animation.

Date, Signatures obligatoires des 2 parents



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Fiche destinée à recueillir les renseignements médicaux utiles à votre enfant.

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole	
Poliomyélite				Oreillons	
ou DT Polio				Rougeole	
ou DT Tétracoq				Coqueluche	
				Autres (préciser)	
				BCG	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Angines | <input type="checkbox"/> Otites |
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Oreillons |

Autres difficultés de santé de l'enfant (rhumatisme articulaire aigu, asthme, crise convulsive, allergies alimentaires ou médicamenteuses, trouble du comportement...):

.....
.....

En cas de traitement médical,
en conformité avec l'article L. 4161-1 du Code de la Santé Publique,

l'équipe d'animation ne procèdera à AUCUNE administration de médicaments,

même avec une autorisation parentale ou une ordonnance médicale le lui permettant.

Toutefois, "*lorsque la prise du médicament est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable d'accomplir seule, et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières ni ne nécessite un apprentissage*",

c'est-à-dire si l'enfant est capable de prendre son traitement tout seul,
les agents en charge de l'accueil pourront l'aider, par exemple en lui rappelant l'heure.

Seul un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) peut autoriser un animateur à administrer un médicament.



MEDECIN DE FAMILLE

Nom : Téléphone :

Adresse :

CHOIX DE L'ÉTABLISSEMENT D'HOSPITALISATION

Établissement :

Adresse :

OBSERVATIONS PARTICULIERES

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé : Oui Non

Votre enfant suit-il un traitement de longue durée : Oui Non

Si Oui, lequel :

Date de début : de fin :

Régime lié au culte religieux :

Régime alimentaire :

RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires...?

.....

DECLARATION DES RESPONSABLES LEGAUX

Nous soussignés Mme et Mr
déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche **et autorisons la direction de l'Accueil Péri-scolaire à prendre**, en cas de maladie ou d'accident et après avis médical,
toute mesure d'urgence rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Nous nous engageons en outre à **signaler à la direction de l'Accueil Péri-scolaire tout changement** concernant les informations portées sur cette fiche d'inscription.

Fait à, le

Noms et signatures obligatoires des 2 parents



PRÉSENCES PRÉVISIONNELLES DE L'ENFANT

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

↳ Accueil périscolaire : Avant la classe Après la classe

↳ Cantine : Oui Parfois Non

PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

Tél. Portable : Domicile : Travail :

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : Prénom :

En qualité de

Adresse et Téléphone :

Nom : Prénom :

En qualité de

Adresse et Téléphone :

AUTORISATIONS, à cocher pour accord

- NOUS AUTORISONS** notre enfant à quitter seul l'Accueil Périscolaire *
et déchargeons alors le personnel de toute responsabilité après son départ.
** Autorisation valable uniquement pour les enfants des écoles primaires*
- NOUS AUTORISONS** la Communauté de Communes Brioude Sud Auvergne à filmer/photographier notre enfant, dans le cadre du fonctionnement de l'Accueil Périscolaire, pour illustrer les activités de la collectivité.
- NOUS AUTORISONS** la Communauté de Communes Brioude Sud Auvergne à accéder à nos données CAF relatives au quotient familial, pour sa prise en compte dans le tarif hebdomadaire de l'Accueil Périscolaire.

ASSURANCES ET RESPONSABILITÉS

Nous certifions que notre enfant est couvert par une Assurance en Responsabilité Civile Individuelle Accidents *, couvrant les dommages causés à autrui, y compris **pour les activités périscolaires**.

Assurance : N° Contrat :

** Fournir obligatoirement une attestation d'assurance*

Activités financées dans le cadre de
la politique Enfance-Jeunesse
de la Communauté de Communes Brioude Sud Auvergne,
avec les participations de la CAF43 et de la MSA Auvergne.

Validation CCBSA - Réserve à l'administration