







ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS
FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION 2018/2019
GARDERIE PERISCOLAIRE-RESTAURANT SCOLAIRE- ACCUEIL DE LOISIRS

1. L'ENFANT :

Nom : Prénom : Sexe : M F
Né(e) le :/...../..... Ville : Nationalité :
Classe : Ecole :
Ville :

2. LA FAMILLE :

PERE :
Nom : Prénom :
Né le :/...../..... Ville : Nationalité :
Adresse :
Ville :
N°S.S : Profession :
 Domicile : /..... /..... /..... /..... /  Mobile : /..... /..... /..... /..... /
 Lieu de travail : /..... /..... /..... /..... /

MERE
Nom : Prénom :
Née le :/...../..... Ville :
..... Nationalité :
Adresse :
Ville :
N°S.S : Profession :
 Domicile : /..... /..... /..... /..... /  Mobile : /..... /..... /..... /..... /
 Lieu de travail : /..... /..... /..... /..... /

Situation familiale :
 Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Concubinage Pacs
Si vous êtes divorcés, la garde appartient à : Père Mère Père et Mère
JOINDRE JUGEMENT

3. INFORMATIONS :

Régime : Général Agricole Autre

N° allocataire (CAF, MSA,

etc).....

N° de Sécurité Sociale du représentant légal

.....

Si vous bénéficiez d'une mutuelle : Nom – Adresse et N° d'adhérent :

.....

Assurance de responsabilité civile

Compagnie d'assurance :N° de contrat.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

(Si l'ACM est dans l'impossibilité de prévenir les parents).

Mr/Mme :

ADRESSE :

☎ : __ / __ / __ / __ / __

Qualité : (parent, grands-parents, voisin...):.....

**AUTORISATION D'UNE OU PLUSIEURS PERSONNES
A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT :**

NOM ET PRENOM DE L'ADULTE :

Qualité : (parent, grands-parents, voisin...):.....

☎ : __ / __ / __ / __ / __

NOM ET PRENOM DE L'ADULTE :

Qualité : (parent, grands-parents, voisin...):.....

☎ : __ / __ / __ / __ / __

4. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

<u>VACCINS OBLIGATOIRES</u>	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	<u>VACCINS RECOMMANDÉS</u>	DATES
Diphthérie				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 CONTREINDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

5. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

A TITRE INDICATIF L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	OUI	NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	OUI	NON
VARICELLE			SCARLATINE		
ANGINE			COQUELUCHE		
OTITE			ROUGEOLE		
			OREILLONS		

ALLERGIES : ASTHME OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON

AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....
.....

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

Médecin Traitant :

Nom : Ville :  : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....
.....

6. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : OUI NON

DES LUNETTES : OUI NON AU BESOIN PREVOIR UN ETUI AU NOM DE L'ENFANT

DES PROTHÈSES AUDITIVES : OUI NON

DES PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE : OUI NON

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (EX : QUALITE DE PEAU, CREME SOLAIRE)

.....
.....

L'ENFANT SAIT-IL NAGER : OUI NON

7. INSCRIPTION AU SERVICE DE RESTAURANT SCOLAIRE EN PERIODE SCOLAIRE UNIQUEMENT

TOUTE L'ANNEE - TOUS LES JOURS

TOUTE L'ANNEE LES JOURS COCHES : LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

EN PREVISION D'UN BESOIN OCCASIONNEL L'ENFANT NE POURRA ETRE ACCEPTE, QUE SI IL EST INSCRIT.

REGIME ALIMENTAIRE : PAS DE REGIME SANS PORC AUTRE :

8.AUTORISATIONS DIVERSES

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE (COCHER) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
AUTORISE LA MUNICIPALITE A DIFFUSER LES PHOTOS DANS LE CADRE D'INFORMATIONS COMMUNALES (SITE INTERNET DE LA COMMUNE DE NOYELLES-LES-VERMELLES, LE JOURNAL COMMUNAL, AUTRES INFORMATIONS COMMUNALES, PRESSE LOCALE...).
J'AUTORISE MON ENFANT DE PLUS DE <u>6 ANS</u> A RENTRER SEUL LE SOIR : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
SEULES LES PERSONNES AUTORISEES PRECEDEMMENT POURRONT VENIR RECUPERER L'ENFANT SUR PRESENTATION D'UNE PIECE D'IDENTITE.
J'AUTORISE MON ENFANT A VOYAGER EN TRANSPORT COLLECTIF (CARS, MINI BUS, EXCEPTIONNELLEMENT VOITURES PERSONNELLES...) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'AUTORISE L'ACCUEIL A PRENDRE, LE CAS ECHEANT, TOUTES MESURES (TRAITEMENT MEDICAL, HOSPITALISATION, INTERVENTION CHIRURGICALE) RENDUES NECESSAIRES PAR L'ETAT DE L'ENFANT, CECI SUIVANT LES PRESCRIPTIONS D'UN MEDECIN ET/OU UN SERVICE D'URGENCE SEULS HABILITES. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
JE SOUSSIGNE (E).....RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT, DECLARE :
<input type="checkbox"/> AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU REGLEMENT INTERIEUR DE LA GARDERIE PERISCOLAIRE « AUX RENDEZ-VOUS DES MÔMES »
<input type="checkbox"/> AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU REGLEMENT INTERIEUR DU RESTAURANT SCOLAIRE
<input type="checkbox"/> CERTIFIE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS FIGURANT SUR CETTE FICHE.
FAIT A : LE :
<u>SIGNATURES DES RESPONSABLES LEGAUX :</u>

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT A CE DOSSIER LORS DE L'INSCRIPTION
<input type="checkbox"/> - LE JUSTIFICATIF DE L'AIDE AUX LOISIRS ATTRIBUE PAR LA CAF. (Pour les accueils de loisirs 2018/2019)
<input type="checkbox"/> - ATTESTATION D'ASSURANCE EN RESPONSABILITE CIVILE OU EXTRASCOLAIRE EN COURS DE VALIDITE.
<input type="checkbox"/> - COPIE DES VACCINATIONS QUI DOIVENT ETRE A JOUR.
<input type="checkbox"/> - FICHE SANITAIRE DE LIAISON (CI-JOINTE)
<input type="checkbox"/> - UN CERTIFICAT MEDICAL SPECIFIANT : L'APTITUDE A LA FREQUENTATION AU CENTRE AINSI QU'AUX ACTIVITES PHYSIQUES ET LA MENTION <u>VACCINATIONS A JOUR</u>
<input type="checkbox"/> - PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE ET DE LA CARTE VITALE
<input type="checkbox"/> - PHOTOCOPIE DE LA MUTUELLE
TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE