



ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS  
FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION 2019/2020  
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

**POUR TOUTE ABSENCE NON PRÉVUE IL EST INDISPENSABLE DE PRÉVENIR LA MAIRIE LE MATIN, MÊME SI VOUS AVEZ CONTACTÉ L'ÉCOLE. POUR TOUTE INSCRIPTION EXCEPTIONNELLE , PRÉVENIR LA MAIRIE LA VEILLE AVANT 10H POUR LE LENDEMAIN, DANS LE CAS CONTRAIRE LE REPAS SERA MAJORÉ.**

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. INSCRIPTION AU SERVICE DE GARDERIE PERISCOLAIRE EN PERIODE SCOLAIRE UNIQUEMENT

**HORAIRES DE FONCTIONNEMENT : 7H30-9H00, 16H30-19H00**

TOUTE L'ANNEE - TOUS LES JOURS- MATIN ET SOIR

TOUTE L'ANNEE LES JOURS COCHES :

LUNDI :  **MATIN** -  **SOIR**

MARDI :  **MATIN** -  **SOIR**

JEUDI :  **MATIN** -  **SOIR**

VENDREDI :  **MATIN** -  **SOIR**

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

9.AUTORISATIONS DIVERSES

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE (COCHER) ?  OUI  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 6 ANS A RENTRER SEUL LE SOIR :  OUI  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...)  OUI  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.  OUI  NON

JE SOUSSIGNE (E).....RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT, DECLARE :

AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU REGLEMENT INTERIEUR DE LA GARDERIE PERISCOLAIRE « AUX RENDEZ-VOUS DES MÔMES »

AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU REGLEMENT INTERIEUR DU RESTAURANT SCOLAIRE

CERTIFIE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS FIGURANT SUR CETTE FICHE.

FAIT A : ..... LE : .....

SIGNATURES DES RESPONSABLES LEGAUX :

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT A CE DOSSIER LORS DE L'INSCRIPTION

- LE JUSTIFICATIF DE L'AIDE AUX LOISIRS ATTRIBUE PAR LA CAF. (Pour les accueils de loisirs 2018/2019)

- ATTESTATION D'ASSURANCE EN RESPONSABILITE CIVILE OU EXTRASCOLAIRE EN COURS DE VALIDITE.

- COPIE DES VACCINATIONS QUI DOIVENT ETRE A JOUR.

- FICHE SANITAIRE DE LIAISON (CI-JOINTE)

- UN CERTIFICAT MEDICAL SPECIFIANT : L'APTITUDE A LA FREQUENTATION AU CENTRE AINSI QU'AUX ACTIVITES PHYSIQUES ET LA MENTION VACCINATIONS A JOUR

- PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE ET DE LA CARTE VITALE

- PHOTOCOPIE DE LA MUTUELLE

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE**