Pézilla la Rivière

Dossier d'inscription et fiche sanitaire

Accueil périscolaire et extrascolaire

Enfant

Nom et prénom.....

Sexe : fille ☐ garçon ☐

Date de naissance : …. / ….. / …..

Classe : ……

Responsable légal

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Père ☐ Mère ☐ Autre ☐ *(Précisez)* :	Père ☐ Mère ☐ Autre ☐ *(Précisez)* : .....
Nom :	Nom : .....
Nom de naissance :	Nom de naissance : .....
Prénom :	Prénom : .....
Né(e) le : ..... / ..... / ..... à :	Né(e) le : ..... / ..... / ..... à : .....
Adresse :	Adresse : .....
..... CP :	..... CP : .....
Commune :	Commune : .....
Tél. portable :	Tél. portable : .....
Courriel :	Courriel : .....
Profession :	Profession : .....
Nom de l'employeur :	Nom de l'employeur : .....
Adresse de l'employeur :	Adresse de l'employeur : .....
.....	.....
Tél. travail :	Tél. travail : .....

Garde de l'enfant : ☐ Conjointe ☐ Mère ☐ Père ☐ Garde alternée.
☐ Autre En cas de garde alternée si jugement, merci de **joindre une copie**

Attestation d'assurance périscolaire et extrascolaire A joindre obligatoirement au dossier

Numéro de contrat : .....Nom de l'assureur.....

CAF ou MSA

Numéro allocataire CAF ou MSA (merci de préciser) : .....

Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

Lorsqu'un enfant présente un trouble de la santé invalidant (pathologies chroniques, intolérances alimentaires, allergies) aménagement spécifique (suivi d'un traitement médical, protocole en cas d'urgence), un Projet d'Accueil Individualisé doit être mis en place.

La santé de votre enfant impose-t-elle la mise en place d'un PAI : Oui ☐ Non ☐

Si oui ➡ Prendre rendez-vous avec le directeur d'école pour la mise en place, ou la reconduction du protocole.

Accueil pour tous

Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, percevez-vous pour votre enfant l'Allocation Éducation Enfant Handicapé ?

Oui ☐ Non ☐

Régime alimentaire

☐ Aucun (sans restriction) ☐ Végétarien (sans viande ni poisson)

* Pour toute autre demande, merci de vous rapprocher de la responsable de la cantine

Autorisations

Je soussigné(e) ……, ... responsable de l'enfant……

- Autorise mon enfant à partir seul du périscolaire ou de l'ALSH : Oui ☐ Non ☐

  Et décharge l'organisateur de toutes responsabilités pour tout accident qui pourrait survenir.

- Autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant au périscolaire ou à l'ALSH (Une pièce d'identité sera à présenter auprès des animatrices)

Nom-Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Téléphone

Droit à l'image et à la voix

Le représentant légal autorise ☐ ou n'autorise pas ☐ la ville de Pézilla-la-Rivière à réaliser pendant les activités de la structure, des prises de vues et enregistrements sur lesquels figure ou est entendu l'enfant inscrit. Il autorise la collectivité à utiliser durant toute la scolarité de l'enfant librement ces photographies ou enregistrements, à l'usage exclusif, sans demander de rémunération ni droits pour leur utilisation quel que soit le support (support de présentation, brochure, publications, site Internet, réseaux sociaux, expositions et vidéos). Ces captations de l'image ou de la voix ne pourront être cédées et ne feront en aucun cas l'objet de diffusion, de modification ou d'utilisation commerciale. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ou enregistrements ne devront pas porter atteinte à l'image ou à la réputation de l'enfant.

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure, (disponible https://mairie-pezilla-riviere.fr/)

- Autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant,

- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche

- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile hors temps scolaire et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,

- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire

Fait à, **le** **Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document confidentiel à remplir par le responsable légal

JOINDRE **OBLIGATOIREMENT** LES COPIES DE L'ÉTAT VACCINAL

NOM : ..... **PRÉNOM :** .....

NÉ(E) LE : ..... **SEXE :** ☐ M ☐ F **POIDS :** .....

1. VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS / AUTRES	DATES
Diphtérie	☐	☐		**Autres (à préciser)**	
Tétanos	☐	☐			
Poliomyélite	☐	☐			
Coqueluche (obligatoire si né après 2018)	☐	☐			
Haemophilus b (obligatoire si né après 2018)	☐	☐			
Hépatite B (obligatoire si né après 2018)	☐	☐		*Note : 3 vaccins sont obligatoires pour les enfants nés avant 2018 (DTP). Les 11 vaccins sont obligatoires pour ceux nés depuis le 01/01/2018.*	
Pneumocoque (obligatoire si né après 2018)	☐	☐			
Méningocoque C (obligatoire si né après 2018)	☐	☐			
ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole) (obligatoire si né après 2018)	☐	☐			

2. ALLERGIES

Allergies alimentaires : ☐ OUI ☐ NON

Allergies 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.**

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier ? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI, PRÉCISEZ : .....

Indications spécifiques :

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

.....

.....

.....

💊 **AUCUN MÉDICAMENT NE SERA ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE.**

4. ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, atteste l'exactitude des renseignements fournis et autorise le responsable du séjour à prendre toutes les mesures d'urgence médicales ou chirurgicales nécessaires.

FAIT À : .....

LE : .....

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL