Parents ou personnes ayant la responsabilité de l'enfant

RESPONSABLE LEGAL 1 : (Père Mère Autre.....)

Assurance : .....

N° adhérent : .....

N° de sécurité sociale : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone travail : .....

Courriel : .....@.....

Profession.....

Situation familiale :

Célibataire Mariés Divorcés Veuf(ve) Concubinage

RESPONSABLE LEGAL 2: (Père Mère Autre.....)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone travail : .....

Courriel : .....@.....

Profession.....

Je joins au présent dossier l'attestation d'assurance périscolaire et extrascolaire de mon enfant et m'engage à signaler tout changement de situation (n° de téléphone, adresse, mode de garde ou autre à la direction du périscolaire / extrascolaire)

AUTORISATION PARENTALE

ACTIVITES : J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées, exceptées .....

DROIT À L'IMAGE : « Toute personne a, sur son image et sur l'utilisation qui en est faite, un droit exclusif et peut s'opposer à sa diffusion sans autorisation. »

J'autorise / Je n'autorise pas : La prise de photos et de vidéos, lors des activités organisées à des fins d'illustration dans ses différents supports de communication : site internet, expositions, réseaux sociaux de la commune…

MEDICAL : Les médicaments ne seront donnés que sur présentation de l'ordonnance du médecin et d'un courrier des parents.

Déclaration

Je soussigné(e)..... responsable légal(e) de l'enfant.....

- Déclare exactes les informations portées sur le présent dossier d'inscription et la fiche sanitaire.
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire, extrascolaire et cantine qui se trouve affiché sur les lieux d'accueil et sur le site internet de la commune.
- Autorise les responsables du périscolaire et / ou extrascolaire à administrer à l'enfant, en cas d'urgence, tous soinsnécessités par son état, y compris une intervention chirurgicale et à le transporter dans un véhicule de secours au centre hospitalier le plus proche.

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Fiche sanitaire

VACCINATIONS : ⚠ **Joindre les photocopies de l'état vaccinal.**

DT POLIO :	oui ☐	non ☐	Date du dernier rappel : ……
BCG :	oui ☐	non ☐	
ROR :	oui ☐	non ☐	
Hépatite B :	oui ☐	non ☐	
Coqueluche :	oui ☐	non ☐	
Autre (préciser) :	oui ☐	non ☐	

Pour être accueilli, votre enfant devra être à jour de ses vaccinations !

L'enfant souffre-t-il d'allergies ?

Asthme ☐ médicamenteuse ☐ alimentaire ☐ autre ☐

Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir (joindre certificat médical).

Indiquez les difficultés de santé (maladie, crise convulsive, hospitalisation, opération…) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents.
Votre enfant porte t-il des lunettes, des prothèses auditives, etc ?

Medecin traitant : ……

SCOLARISATION *cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments* **Classe**

☐ École Maternelle ☐ École Elémentaire ☐ Collège ☐ Institution *(IME ITEP,IEM,IES…)* ☐ A Domicile

Nom de l'École ou de l'Institution

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) ? *cocher la case correspondante.*
Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfa

☐ Non ☐ Oui ☐ Ne souhaite pas répondre

REGIME ALIMENTAIRE *cocher la case correspondante.*
A détailler dans la fiche sanitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Indiviudalisé (PAI), autres…

☐ Aucun ☐ Allergie ☐ Autres troubles de santé ☐ Autres *Préciser* ……

SUIVI COMPLÉMENTAIRE (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jours) *cocher la case correspondante.*
Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfa

☐ Non ☐ Oui ☐ Ne souhaite pas répondre

BÉNÉFICIAIRE DE L'AEEH *cocher la case correspondante.*
Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

☐ Non ☐ Oui ☐ Ne souhaite pas répondre

Enfant à inscrire

NOM et Prénom : ……

Date de naissance : ……/……/…… ☐ Garçon ☐ Fille

Classe…… Père : …… Mère……

Commune de Pézilla la Rivière
31 bis avenue du Canigou
66370 Pézilla la rivière

Pézilla la Rivière

Dossier d'inscription et fiche sanitaire

Année scolaire :

N° Allocataire CAF : ……..
N° Allocataire MSA : ……..

Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul : OUI NON

Vous pouvez autoriser une ou plusieurs personnes à venir chercher votre enfant.

NOM : …… Prénom : ……
Qualité : …….. Télephone : ……

NOM : …… Prénom : ……
Qualité : …….. Télephone : ……

NOM : …… Prénom : ……
Qualité : …….. Télephone : ……