

Fiche Enfant

Prénom : Nom :

Date de naissance : Fille Garçon

Personnes ayant l'autorité parentale :

RESTAURANT SCOLAIRE

Merci de cocher cette case si votre enfant, pour raison médicale, doit faire l'objet d'un régime particulier.
Un Projet d'Accompagnement Individuel sera établi en septembre 2011 sur la base d'un certificat médical

- Demi-pensionnaire à l'année (déjeunera tous les jours) Oui Non
- Demi-pensionnaire certains jours Lundi Mardi Jeudi Vendredi
- Occasionnellement Oui Non



Inscription à l'aide de la fiche «repas occasionnels», par téléphone au 02.40.15.51.28 ou par mail.
Obligatoire la veille (24h ouvrable*) et avant 10h pour les inscriptions et désinscriptions

*lundi, mardi, jeudi et vendredi. En cas de non respect de ce délai, un tarif majoré sera appliqué

ACCUEIL PERI SCOLAIRE

Fréquentation

- Matin (7h15 – 8h50): Lundi Mardi Jeudi Vendredi
- Soir (16h30 – 19h) : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Inscription **le matin sur le cahier ou auprès des enseignants**

ACCUEIL DE LOISIRS

Journée avec ou sans repas et ½ journée avec ou sans repas

Mercredi et petites vacances \Rightarrow Inscription au plus tard **la veille et avant 10h (jours ouvrables)**
Vacances été \Rightarrow Inscription au plus tard **48h à l'avance (jours ouvrables) et avant 10h**

- Mercredi : Oui Non
- Vacances Scolaires :
- Automne 2011 : Oui Non
 - Hiver 2012 : Oui Non
 - Printemps 2012 : Oui Non
 - Été 2012 : Oui Non

LISTE DES AUTORISATIONS

- Urgence médicale/Intervention (fiche sanitaire de liaison) Oui * Non
- Utilisation de photos dans les supports de communication municipaux Oui Non
- Autorisations de sorties Oui * Non

Merci de compléter les documents demandés pour les autorisations avec un *

Je soussigné(e).....
Certifie avoir pris connaissance des informations relatives à ces services et certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche.

Date :
Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

CARÇON FILLE

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EUL LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE NON VARICELLE NON ANGINE NON RHUMATISME NON SCARLATINE NON

COQUELUCHE NON OTITE NON ROUGEOLE NON ARTICULAIRE AIGU NON

NON OREILLONS NON

ALLERGIES : ASTHME non MÉDICAMENTEUSES non

ALIMENTAIRES non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

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

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

Fiche Famille

ENFANTS :

Nom Prénom	Date de naissance	Classe/Etablissement d'accueil principal sur l'année 2011/2012

PÈRE – MÈRE – AYANT L'AUTORITÉ PARENTALE

	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle
Nom Prénom		
Adresse (préciser si adresse différente)		
Tél domicile		
Tél portable		
Courriel		
Profession		
Employeur		
Tél professionnel		



N° allocataire CAF :

Quotient Familial: €

CAF 44 Autre CAF CAF Maritime

N° Sécurité Sociale :

Nom et n° du contrat d'assurance extra scolaire :

Médecin traitant :

Tél :



PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (si impossibilité de joindre les parents) :

Nom Prénom :

Tél :

Adresse :

Parenté :

Je soussigné(e).....

Certifie avoir pris connaissance des informations relatives à ces services et certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche.

Date : Signature

Autorisations de Sorties

L'ENFANT EST HABILITE A RENTRE SEUL

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Je soussigné, (nom du père, de la mère, personne ayant l'autorité parentale) :

Autorise le personnel d'encadrement à laisser mon enfant scolarisé en primaire (nom et prénom) :

A quitter seul les Accueils péri-scolaire et de Loisirs en vélo à pied autre :

→ Je dégage de toute responsabilité les organisateurs des Accueils en ce qui concerne tout éventuel incident ou accident qui pourrait survenir à mon enfant lors de l'application de cette autorisation.

FAIT POUR SERVIR ET VALOIR CE QUE DE DROIT.

A Piriac sur Mer, le

Signature du père ou de la mère ayant l'autorité parentale

L'ENFANT PEUT ETRE CONFIE A UNE PERSONNE AUTRE QUE SES PARENTS

Je soussigné, (nom du père, de la mère, personne ayant l'autorité parentale) :

Autorise le personnel d'encadrement à remettre mon enfant (nom et prénom) :

Aux heures de sortie arrêtées :

À (personnes habilitées à récupérer l'enfant) :

Tél :

→ Je dégage de toute responsabilité les organisateurs des accueils en ce qui concerne tout éventuel incident ou accident qui pourrait survenir à mon enfant lors de l'application de cette autorisation.

FAIT POUR SERVIR ET VALOIR CE QUE DE DROIT.

A Piriac sur Mer, le

Signature du père ou de la mère ayant l'autorité parentale