

Périscolaire - Restaurant scolaire

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles aux équipes d'animations concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en accueil collectif de mineurs). Elle sera à renouveler chaque année.

**Merci de joindre à cette fiche :**

-la photocopie du carnet de vaccinations.

-l'attestation CAF de votre quotient familial.

-un justificatif de domicile.

-une attestation d'assurance pour les activités extrascolaires.

VOTRE ENFANT	VACCINATION		
NOM : <input type="text"/> PRENOM : <input type="text"/> DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/> SEXE : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> POIDS : <input type="text"/> TAILLE : <input type="text"/> (Informations nécessaires en cas d'urgence) NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : <input type="text"/>	Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.		
	VACCINS	DATES	DATES DE RAPPEL
	Diphtérie tétanos polio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	R O R	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	AUTRES : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>DIFFICULTES DE SANTE A SIGNALER (allergies, PAI, Asthme,...) :</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Si oui préciser : <input type="text"/>			
Aucun médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.			
<b>AUTORISATION D'INTERVENTIONS MEDICALES OU CHIRURGICALES D'URGENCE :</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
<b>RECOMMANDATIONS UTILES (port de lunettes, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, ...) :</b>			
<input type="text"/>			

RESPONSABLE LEGAL 1 Père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/>	RESPONSABLE LEGAL 2 Père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/>
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Tel fixe : <input type="text"/>	Tel fixe : <input type="text"/>
Tel portable : <input type="text"/>	Tel portable : <input type="text"/>
Mail : <input type="text"/>	Mail : <input type="text"/>

Si garde alternée, deux fiches sanitaires sont à rendre par enfant car il faudra alors créer deux portails familles sur berger levrault. Un pour chaque parent. Si l'un des parents est déchu de ses droits parentaux, il faudra fournir les justificatifs.

#### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Caisse de sécurité sociale de : CPAM  MSA

Numéro allocataire :  quotient familial :

Nom et numéro d'assurance couvrant votre enfant :

#### AUTORISATION DE SORTIE

Votre enfant est il autorisé à partir seul : oui  non

Votre enfant est il autorisé à partir avec d'autres personnes que ces responsables légaux : **oui**  **non**

Si oui veuillez indiquer le nom et prénom des personnes ainsi que leur lien avec l'enfant ( ex : nourrice, oncle, voisins,...) une pièce d'identité leur sera demandée lorsqu'ils viendront récupérer l'enfant :

#### DROIT A L'IMAGE

Vous autorisez le personnel du périscolaire à prendre des photos ou des vidéos de votre enfant dans le cadre des activités périscolaire et/ ou restaurant scolaire pour :

La publication dans le bulletin municipal qui apparait sur le site internet de la commune: oui  non

La publication dans la presse locale : oui  non

L'affichage en interne dans les locaux du périscolaire : oui  non

Je soussigné(e) , responsable légal de l'enfant  certifie l'exactitude des renseignements portés à cette fiche d'inscription. Je déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions générales d'inscription et son règlement intérieur.

Fait le  à :

Signature :