

SERVICE SCOLAIRE - PÉRISCOLAIRE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

TOUS LES CHAMPS SONT À REMPLIR IMPÉRATIVEMENT

Année scolaire :

Nom du ou des enfants :

Nom et prénom du père :

Adresse :

Portable: N° professionnel :

Courriel :

Profession :

Nom et prénom de la mère :

Adresse :

Portable: N° professionnel :

Courriel :

Profession :

> Tout changement dans l'année est à signaler au service.

INSCRIPTIONS

• **Premier enfant** :

Classe : École :

> **Accueil régulier** :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil périscolaire du matin (de 7h à 8h30)				
Restauration Scolaire				
Étude de 17h à 18h				
Accueil périscolaire élémentaire du soir (de 18h à 19h)				
Accueil périscolaire maternel du soir (de 16h30 à 19h)				

OU

> **Services occasionnels (tarifs majorés)** :

- Accueil périscolaire du matin
 Accueil périscolaire du soir

- Restauration scolaire

Spécificité alimentaire :

Allergie alimentaire :

AUTORISATIONS PARENTALES

J'atteste que les personnes dont les coordonnées suivent, peuvent venir chercher mon ou mes enfant(s) le soir aux services périscolaires :

Nom / Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

Nom / Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

Nom / Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

Nom / Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

POUR L'ENFANT INSCRIT À L'ÉTUDE SURVEILLÉE :

- Les parents ou personnes autorisées viendront chercher l'enfant chaque soir.
- Autorisé à rentrer seul.
- Placé en garderie après l'étude.

SORTIE D'HÔPITAL :

- J'autorise le Directeur ou l'animateur référent à procéder à la sortie d'hospitalisation de mon enfant si son état de santé est jugé satisfaisant par le médecin de service.

DROITS À L'IMAGE :

Dans le cadre des activités, nous sommes amenés à utiliser des photos des enfants (pour le journal municipal, les médias numériques, éventuellement, à l'occasion de reportages télévisés). Il ne s'agit pas de photographies individuelles d'identité mais de photos de groupe ou bien de vues montrant des enfants en activité.

En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille. Nous attirons votre attention sur le fait que l'usage des images est sans but lucratif et uniquement utilisé pour la ville d'Arnouville.

- J'autorise mon enfant à être filmé ou pris en photographie collectivement par un représentant de la commune.
- Je n'autorise pas mon enfant à être filmé ou pris en photographie.

Date :

Signature(s) :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Haemophilus	
Polioomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubeole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

MÉDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :
Précisez

oui non
 oui non
 oui non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :
.....

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :
.....

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :