

# Dossier Inscription Périscolaire Commune de Louchats

Année Scolaire 20\_\_/20\_\_

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_  
 Classe : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLES LEGAUX

	Tuteur 1	Tuteur 2
Nom & Prénom		
Adresse Code postal Ville		
☎ Domicile		
📞 Portable		
@ Mail		
Profession		

## AUTORITE PARENTALE

Chacun des responsables légaux exercent la même autorité Oui  Non

### Facturation :

- Les deux parents (adresse mail identique)  
 Un seul parent (préciser l'adresse mail d'envoi) :

Pour chaque situation particulière, nous indiquer expressément la conduite à tenir :

## AUTORISATIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES SERVICES MUNICIPAUX

Oui

Non

	Oui	Non
Autorisons la direction à transporter notre enfant dans le véhicule d'un transporteur mandaté par la mairie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisons la direction à présenter notre enfant à un médecin en cas de nécessité, et à faire pratiquer les interventions chirurgicales et anesthésiques d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisons la direction à prendre toutes les initiatives nécessitées par l'état de l'enfant en cas d'accident ou de maladie subite de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisons la prise de photos de mon enfant, ainsi que la publication et la diffusion gratuite des photos dans le bulletin municipal ou le site internet de la mairie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## RESTAURANT SCOLAIRE

Veuillez préciser les jours où votre enfant fréquentera la cantine.

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Planning	Occasionnel
Jour(s) d'inscription						

<b>GARDERIE PERISCOLAIRE</b>					
Merci de renseigner les jours d'accueil					
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Occasionnel
Matin 7h30 à 8h20					
Soir 16h00 à 18h30					

<b>PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT</b>			
Nom & Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone principal	Téléphone secondaire

Je reconnais avoir été informé (e) que dès qu'il aura quitté l'enceinte des locaux, mon enfant ne sera plus sous la responsabilité juridique de l'établissement et des encadrants et qu'il retombera sous mon entière responsabilité.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur....., certifie les informations fournies exactes et déclare accepter le règlement intérieur périscolaire (qui m'a été remis et qui est disponible en Mairie)

Fait à

Le / /

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

# Fiche sanitaire de liaison

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

## 1 – VACCINATION

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétra coq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

**Attention** : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?      Oui  Non

Préciser : .....

À titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES      ASTHME      Oui       Non

MEDICAMENTEUSES      Oui       Non

ALIMENTAIRES      Oui       Non

AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Oui (joindre le protocole et toutes informations utiles  Non

.....  
.....

Merci d'indiquer les **difficultés de santé** (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation*) en précisant les **précautions à prendre**.

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

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** (à renseigner obligatoirement)

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

.....  
.....

PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :			
Nom & Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone principal	Téléphone secondaire

Je soussigné(e), .....,  
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :        /        /

Signature :