



Nom de l'enfant :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Ecole fréquentée en 2015-2016 :

Adresse de l'enfant :

Ecole fréquentée en 2016-2017 : A.Camus A.Chénier Colette La Fontaine
 L.Lagrange J.Prévert G.Sand

Classe : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2



RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX) DE L'ENFANT

À compléter ou modifier si nécessaire

Nom - Prénom :

Nom - Prénom :

Adresse :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

Portable :

Portable :

Tél. autre :

Tél. autre :

e-mail :

e-mail :

Situation familiale : Concubin(e)

Situation familiale : Concubin(e)

Célibataire Divorcé(e) Marié(e)

Célibataire Divorcé(e) Marié(e)

Pacsé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Pacsé(e) Séparé(e) Veuf(ve)



INSCRIPTION À LA CANTINE

L'enfant mangera t-il à la cantine régulièrement ? Oui Non

Indiquez les jours : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

(dans ce cas, cette réservation est **valable pour toute l'année**)

En cas de fréquentation exceptionnelle vous devrez établir une fiche de réservation

mensuelle à remettre en mairie avant **le 20 du mois** précédent (sauf cas exceptionnels ex. : hospitalisation)



INSCRIPTION AUX T.A.P.

L'enfant fréquentera t-il les TAP toute l'année ? Oui Non

Cette inscription peut être modifiée en cours d'année auprès du service jeunesse en Mairie.



INSCRIPTION À LA GARDERIE (À TITRE INDICATIF)

L'enfant fréquentera t-il la garderie ? Oui Non

Si oui, **le matin :** Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

le soir : Lundi Mardi Jeudi Vendredi



SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

J'autorise la municipalité à prendre, en cas de besoin, toute disposition pour faire soigner mon enfant et le faire hospitaliser en cas d'urgence si son état le nécessite. Oui Non

PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (EN L'ABSENCE DU RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT)

Nom - Prénom : Nom - Prénom :

Adresse : Adresse :

.....

Tél. fixe : / / / / Tél. fixe : / / / /

Portable : / / / / Portable : / / / /



RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

OBLIGATOIRE : Fiche sanitaire de liaison à compléter.

En cas d'allergie alimentaire un P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) vous sera demandé (dossier à retirer en Mairie)



AUTORISATIONS DE SORTIE

J'autorise mon enfant à repartir seul(e) après les **TAP**. Oui Non

J'autorise mon enfant à repartir seul(e) après la **Garderie**. Oui Non

Si non, préciser les noms - prénoms et liens de parenté des accompagnant(s) :

-
-
-
-



DROIT À L'IMAGE

J'autorise la ville à utiliser les photographies de mon enfant prises dans le cadre des T.A.P. - Cantine - Garderie pour une publication dans : le magazine de la ville - le site internet de la ville - les rétrospectives municipales.

- Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur en annexe et m'engage à respecter son intégralité.
- Je certifie exactes les informations mentionnées et m'engage à informer la municipalité de toutes modifications.

Nom - Prénom
.....

le.....

Signature

Nom - Prénom
.....

le.....

Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

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 EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

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

OBSERVATIONS
