



Fiche d'inscription 2018/2019

Accueil périscolaire

ECOLE MATERNELLE « ARC EN CIEL »

De Saint-Sylvestre-sur-Lot

Enfant :

Nom : Prénom :

Fille Garçon

Date et lieu de naissance : Classe :

Adresse :

Deuxième adresse si garde alternée :

Couvert par : Régime général Régime Agricole Régime particulier Préciser.....

Famille de l'enfant :

PERE	Responsable légal	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Nom			
Prénom			
Date et lieu de naissance			
Situation familiale	marié, pacsé, célibataire, divorcé, veuf ou veuve, (rayer les mentions inutiles)		
Adresse			
Téléphone fixe/portable	/		
@Mail			
N° de sécurité sociale			
Profession			
Numéro de téléphone pro			
Nom et adresse employeur			
ADHERANT	CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE CAISSE <input type="checkbox"/> ...préciser..... N° d'Adhérent :		

MERE	Responsable légal	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Nom			
Prénom			
Date et lieu de naissance			
Situation familiale	marié, pacsé, célibataire, divorcé, veuf ou veuve, (rayer les mentions inutiles)		
Adresse			
Téléphone fixe/portable	/		
@Mail			
N° de sécurité sociale			
Profession			
Numéro de téléphone pro			
Nom et adresse employeur			
ADHERANT	CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE CAISSE <input type="checkbox"/> ...préciser..... N° d'Adhérent :		

Assurances obligatoires :

- extrascolaire :N° d'adhérent :

Nom : Adresse :

(Il est obligatoire de joindre au dossier l'attestation d'assurance)

INSCRIPTION AU SERVICE :

L'enfant utilisera l'accueil périscolaire les : **cocher les cases adéquates et préciser si possible les heures d'arrivée le matin et de départ le soir**

LUNDI : Matin heure estimée d'arrivée :
 Midi
 Soir heure estimée de départ :

MARDI : Matin heure estimée d'arrivée :
 Midi
 Soir heure estimée de départ :

JEUDI : Matin heure estimée d'arrivée :
 Midi
 Soir heure estimée de départ :

VENDREDI : Matin heure estimée d'arrivée :
 Midi
 Soir heure estimée de départ :

PERSONNES HABILITÉES A VENIR REPRENDRE L'ENFANT :

NOM/Prénom (lien)	ADRESSE COMPLETE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM/Prénom (lien)	ADRESSE COMPLETE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence :

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR :

Je soussigné(e), père, mère, tuteur,

déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement et du règlement intérieur de l'accueil périscolaire, et m'engage à les respecter

autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil périscolaire autorisées par la réglementation

autorise l'équipe de direction à prendre toute mesure qu'elle jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés.

Fait à le

Signature :

FICHE SANITAIRE

Votre enfant :

Nom : Prénom : F G

Date naissance : / / Classe :

Nom Prénom parents :

Adresse domicile familial :

Code postal : Ville :

Téléphone Travail mère : Téléphone Travail père :

Portable mère : Portable père :

L'enfant peut il rentrer seul ? oui non

Si non pour rentrer, les personnes suivantes sont autorisées à le récupérer :

PERSONNES HABILITÉES A VENIR REPRENDRE L'ENFANT :

NOM/Prénom (lien)	ADRESSE COMPLETE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM/Prénom (lien)	ADRESSE COMPLETE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

Vaccinations : (merci de recopier la page du carnet de santé)

	oui	non	date		date
DT Polio				ROR	
Pneumocoque				Hépatite B	
BCG				Méningite	
Autres				autres	

Renseignements Médicaux :

L'enfant a eu les maladies suivantes :

		oui	non		oui	non		oui	non
Rubéole				coqueluche			otites		
varicelle				rougeole			angines		
scarlatine				oreillons			asthme		

Indiquez ci contre les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, opérations,.....)

désignation	date

Votre enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui lequel ? (joindre l'ordonnance)

Votre enfant est-il allergique ? oui non

Si oui à quoi ? Quelle conduite à tenir ?

Votre enfant porte des lunettes ? oui non

Votre enfant a des bouchons, des diabolos ? oui non

Votre enfant fait-il l'objet de contre-indications sportives ? oui non

Médecin:

Nom du médecin traitant de l'enfant :

Dr.....

Téléphone :

Adresse :

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence :

Autorisation :

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

Fait à le

Signature :