

FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE 2018-2019

NOM de famille des enfants :

Prénom de(s) l'enfant(s)	Date de Naissance	Classe

Cadre réservé à l'association
Adhésion Family 2018-2019

Espèces
 Chèque n°
 Autre service Family

C O N T A C T	Parent	Parent
	NOM Prénom :	NOM Prénom :
	ADRESSE :	ADRESSE :
	TEL. DOMICILE :	TEL. DOMICILE :
	TEL PORTABLE :	TEL PORTABLE :
	TEL. TRAVAIL :	TEL. TRAVAIL :
MAIL (utilisé pour l'envoi des factures) :		
Numéro de sécurité sociale dont dépend le/les enfant(s) :		

C A I S S E	CAISSE D'ALLOCATION :
	NOM DE L'ALLOCATAIRE :
	NUMERO D'ALLOCATAIRE :
	QUOTIENT FAMILIAL :
	<input type="checkbox"/> Autorise la directrice à consulter mon quotient sur le site CDAP. (sinon merci de joindre une attestation)

A U T O R I S A T I O N	Autres personnes autorisées à venir chercher les enfants	
	NOM Prénom :	NOM Prénom :
	LIEN :	LIEN :
	TEL. :	TEL. :
	<input type="checkbox"/> Autorise son grand(e) frère/ sœur (+ de 12 ans) à le(s) venir chercher.	
	<input type="checkbox"/> Autorise (enfants de plus de 6 ans) à partir seul(es).	
<input type="checkbox"/> Autorise mon/mes enfant(s) à être photographié ou filmé pour diffusion interne, municipale et la presse locale.		

F R E Q U E N T A T I O N	<input type="checkbox"/> Accueil régulier (Indiquer l'heure d'arrivée/départ dans les cases correspondantes au jour d'inscription)															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 20%;">LUNDI</th> <th style="width: 20%;">MARDI</th> <th style="width: 20%;">JEUDI</th> <th style="width: 25%;">VENDREDI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">MATIN</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">SOIR</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	MATIN					SOIR				
		LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI											
	MATIN															
	SOIR															
<input type="checkbox"/> Accueil irrégulier ou occasionnel (Inscription via un planning, mail ou téléphone sous 24h jours ouvrés)																
Eventuelles précisions (Fonctionnement 1 semaine sur 2, plutôt matin ou soir, horaires fluctuants ...)																
.....																

Je soussigné(e) Mr, Mme, Mlle....., parent ou responsable légal de....., certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire et en accepter toutes les conditions.

Signature :

FICHE SANITAIRE ACCUEIL PERISCOLAIRE 2018-2019

AUTRE PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : (au cas où le responsable du mineur ne répond pas)

NOM : PRENOM :
TEL DOMICILE : TEL PORTABLE :

MEDECIN TRAITANT :

NOM / Prénom : Tél :
Adresse :

NOM Prénom de l'enfant : Date de naissance :

Fille Garçon

VACCINATIONS : inscrire la date du dernier rappel (merci de nous fournir une copie du carnet de santé)

Diphtérie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates
Tétanos	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates	Hépatite B	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates
Ou Infanrix	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates	BCG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (colonne de gauche) joindre un certificat médical de contre-indication.

ALLERGIES & RECOMMANDATIONS

L'enfant a-t-il des **allergies** ? Précisez la cause de l'allergie, **les signes évocateurs et la conduite à tenir.**

Le mineur présente-t-il des **problèmes ou difficultés de santé particulières** qui nécessitent la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre ou des éventuels soins à apporter ?

En cas d'urgence, l'enfant doit être dirigé en priorité vers : Le Centre hospitalier de Cholet La Polyclinique

MALADIES : (entourez les maladies que l'enfant a déjà contractées)

Varicelle - Angine - Otite - Oreillons - Rougeole - Rubéole - Coqueluche - Scarlatine - Rhumatisme articulaire aigu

NOM Prénom de l'enfant : Date de naissance :

Fille Garçon

VACCINATIONS : inscrire la date du dernier rappel (merci de nous fournir une copie du carnet de santé)

Diphtérie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates
Tétanos	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates	Hépatite B	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates
Ou Infanrix	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates	BCG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dates

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (colonne de gauche) joindre un certificat médical de contre-indication.

ALLERGIES & RECOMMANDATIONS

L'enfant a-t-il des **allergies** ? Précisez la cause de l'allergie, **les signes évocateurs et la conduite à tenir.**

Le mineur présente-t-il des **problèmes ou difficultés de santé particulières** qui nécessitent la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre ou des éventuels soins à apporter ?

En cas d'urgence, l'enfant doit être dirigé en priorité vers : Le Centre hospitalier de Cholet La Polyclinique

MALADIES : (entourez les maladies que l'enfant a déjà contractées)

Varicelle - Angine - Otite - Oreillons - Rougeole - Rubéole - Coqueluche - Scarlatine - Rhumatisme articulaire aigu

Je soussigné....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. De plus, j'autorise le personnel de la périscolaire, sous la responsabilité de l'association FAMILY, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (rencontre d'un médecin, traitement médical, hospitalisation...) sur avis d'un médecin, rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signatures :