



Dossier d'Inscription Péri-scolaire

restauration scolaire/ accueils péri-scolaires/ TAP/ ALSH

Justificatifs à fournir Tout dossier incomplet sera refusé	Cadre réservé à l'administration	
Attestation d'assurances Photocopie des vaccins numéro d'allocataire CAF	Observations : CAF CM MSA	Tarif : 1. 2. 3. 4. 5.

Nom de l'enfant : Prénom :			
Date de naissance :	Age : Classe:.....		
Date de naissance : Age : Classe:..... Fille / Garçon			
Adresse :			
Mère	Père		
Nom/Prénom :	Nom/Prénom :		
Adresse :	Adresse :		
.....		
.....		
Autorité parentale : Oui Non	Autorité parentale : Oui Non		
<u>Téléphone personnel</u>	<u>Téléphone personnel</u>		
☎ :	☎ :		
📞 :	📞 :		
@ :	@ :		
<u>Téléphone professionnel</u>	<u>Téléphone professionnel</u>		
☎ :	☎ :		
📞 :	📞 :		
Nom et prénom du représentant légal ou tuteur (si différent des parents) :			
Adresse:			
☎ :	📞 :		
@ :	@ :		
Régime social			
CAF CAF Maritime MSA	N° allocataire (obligatoire) :		
N° de sécurité sociale sous lequel est affilié l'enfant:.....			
Assurances : (obligatoire)			
Assurance	Nom de la compagnie	Adresse	N° de police
Responsabilité Civile			
Individuelle accident			

PERSONNES AUTORISEES à venir chercher l'enfant et/ou à prévenir en cas de maladie, d'accident:					
Nom	Prénom	Lien avec l'enfant		Téléphone	
.....	
.....	
.....	
.....	
Renseignements médicaux					
Nom et Coordonnée du Médecin traitant:.....					
.....					
Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
DT Polio				Hépatite B	
BCG				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Autres (préciser)				Coqueluche	
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					
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes:					
Angine <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/>					
Coqueluche <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/>					
L'enfant porte -t-il des lunettes: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> des prothèse auditives: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
Allergies (Asthme, Alimentaire, Médicamenteuse...)					
Pour toutes allergies ou maladies chroniques, un Projet d'Accueil Individualisé sera élaboré à l'inscription en concertation avec un médecin					
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
Si oui, laquelle?.....					
.....					
Recommandations utiles des parents :					
Difficultés de santé (maladie, accident, opération, rééducation, convulsions...)					
Rappel :aucun médicament ne sera administré sans PAI. Si votre enfant suit un traitement médical, une ordonnance récente doit être remise avec les médicaments dans leur emballage d'origine.					
.....					
.....					
.....					
.....					
Responsable du mineur					

Je, soussigné(e) responsable légal de l'enfant :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

- certifie avoir reçu ce jour le règlement des services et en accepter les termes,

Autorise mon enfant à participer aux activités proposées dans le cadre périscolaire

Autorise les organisateurs à prendre des photographies et/ou des vidéos de mon/mes enfant(s) dans le cadre des activités périscolaires .

"Toute personne a, sur son image et sur l'utilisation qui en est faite, un droit exclusif et peut s'opposer à sa diffusion sans son autorisation".

NB: Dans le cas d'images prises dans des lieux publics, l'autorisation est requise uniquement si l'image centre son attention sur une ou des personnes et qu'elle(s) est (sont) de ce fait reconnaissable(s)

Autorise les organisateurs et l'équipe éducative à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant et m'engage à rembourser à la structure, les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.

Date :

Signature du responsable légal :

