

PERISCOLAIRE / ACM GRANDFRESNOY

DOSSIER D'INSCRIPTION - PRIMAIRE -

Année scolaire 2016/2017

Si votre enfant est inscrit au TAP, cochez la case :

ANNÉE 2016/2017

Revenus 2014 (avis impôt 2015):

Cadre réservé à l'administration

Nombre d'enfants dans la famille :

Quotient familial :

Prix forfaitaire pour 1 h00 de périscolaire :

Prix forfaitaire pour 2 h30 de périscolaire

Prix forfaitaire pour le midi (repas):

Prix forfaitaire pour le centre de loisirs du mercredi (3h):

Prix forfaitaire pour le TAP 3h00:

Renseignements concernant l'enfant :

NOM :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Age :

Responsable légal : Nom

Prénom :

Adresse :

Tel fixe et portable :

Profession du père :

Employeur :

Profession de la mère :

Employeur :

N° de sécurité sociale :

Êtes-vous allocataire CAF ? Oui Non

N°CAF :

Caisse d'appartenance : BEAUVAIS :

CREIL : AUTRE :

Percevez-vous des allocations CAF : Oui Non

Autre régime : MSA

SNCF

EDUCATION NATIONALE

AUTRE

Avez-vous une mutuelle ? Si oui, nom et adresse :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**Année 2016
CAP ADOS**

ENFANT :
 NOM : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
 ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
BCG				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
DT Polio (Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite)				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Hépatite B	
Ou Pentacoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? OUI NON

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE 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 AIGÛ 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 : ASTHMES OUI NON
 ALIMENTAIRES (*) OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON
 AUTRES

(*) Si allergies alimentaires précisez lesquelles :

.....

Un PAI (**) a-t-il été signé oui NON Si oui, dernière date de signature

si un P.A.I. a été signé, il doit impérativement être joint à cette Fiche Sanitaire de Liaison.

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)
(si certificat médical, joindre une copie)**

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

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....
.....

Remarque : si votre enfant rencontre une difficulté particulière (santé, comportement, handicap...), vous pouvez contacter le service jeunesse au 02.51.78.32.73 ou 32.74. Un accueil personnalisé peut vous être proposé.

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN REGIME ALIMENTAIRE POUR DES RAISONS RELIGIEUSES ? SI OUI, LEQUEL ?

VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... ? PRECISEZ.

.....
.....

4- RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

PERE

MERE

NOM

NOM

PRENOM

PRENOM

ADRESSE:.....

ADRESSE:.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE) DOMICILE

TEL. FIXE (ET PORTABLE) DOMICILE

TEL. BUREAU

TEL. BUREAU

ADRESSE E.MAIL

ADRESSE E.MAIL

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (NOM, PRENOM, TEL.) :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT

BENEFICIEZ-VOUS DE LA C.M.U.(**)? OUI NON

5- ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE

NUMERO DU CONTRAT

6- DROIT D'IMAGE

J'AUTORISE Je N'AUTORISE PAS

Les services de la Ville de à utiliser les photographies éventuelles de mon enfant afin d'illustrer

Les supports municipaux d'information et de communication (brochures et site Internet de la mairie, par exemple).

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage également à régler tous les frais qui en résulteraient.

7- J'ATTESTE AVOIR JOINT A CETTE FICHE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA

**PRACTIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES POUR L'ENFANT.....(NOM —
PRENOM DE L'ENFANT).**

Date :

Signature :

(**) P.A.I. : Protocole d'Accueil Individualisé

C.M.O : Couverture Maladie Universelle

Pièces à joindre

Dossier (fichier intérieur)

Avis d'imposition 2015

Attestation travail des 2 parents

Justificatif de domicile

Photocopies des vaccins

ATTENTION !

Tout dossier incomplet sera refusé