

## DOSSIER D'INSCRIPTION –MATERNELLE- PRIMAIRE

Année scolaire 2020/2021

Revenus de référence: cadre réservé périscolaire  
Nombre d'enfants dans la famille :  
Prix fixe pour temps du midi : 5.90 euros  
Prix forfaitaire pour 1h de périscolaire :

### Renseignements concernant l'enfant :

NOM : Prénom :  
Date de naissance : Sexe :  F  M Age : Classe:

### Responsable légal :

Nom ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tel fixe ..... Portable du Père : ..... Portable de la mère.....

Mail : .....

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 :  
.....

Bénéficiez vous de la C.M.U .(\*\*\*) ?  OUI  NON

Nom de votre compagnie d'assurance: .....

Numéro de contrat: .....

# DIRECTION ENFANCE - JEUNESSE

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2020/2021

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT ;

**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 (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)				Coqueluche	
<b>Ou</b> Tétracoq				Hépatite B	
<b>Ou</b> 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**)

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 AIGÜ 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 difficultés de santé (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, opérations, rééducation,...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
**3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant suit-il un régime alimentaire pour des raisons religieuses ? NON  OUI

Lequel : .....

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Précisez .....

**PERE**

NOM:  
PRENOM:  
ADRESSE  
TEL. FIXE :  
TEL. BUREAU :  
E.MAIL :

**MERE**

NOM:  
PRENOM :  
ADRESSE:  
TEL. FIXE :  
TEL. BUREAU:  
E.MAIL:

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

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT .....

**6- DROIT D'IMAGE**

***J'AUTORISE***

***Je N'AUTORISE PAS***

Les services Léo Lagrange ..... à utiliser les photographies éventuelles de mon enfant afin d'illustrer les supports d'information et de communication (brochures et site Internet 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- DROIT DE SORTIE**

***J'AUTORISE***

***Je N'AUTORISE PAS***

Mon enfant a sortir de l'établissement pour participer aux événements organisés par Leo Lagrange et association de Grandfresnoy (APE) sur le temps d'accueil périscolaire. (carnaval, spectacle,...)

**Date :**

**Signature :**

(\*\*) P.A.I. : Protocole d'Accueil Individualisé C.M.0 : Couverture Maladie Universelle

## Personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant (hors parents)

Nom Prénom :	Liens de parenté	Numéro de tel :	Portable:

### Planning d'inscription :

- A l'année
- 4 jours semaine  
 3 jours semaine  
 2 jours semaine  
 1 jour semaine
- Matin     Midi     Soir
- Ponctuel:
- } Lesquels ? .....

### Pièces a joindre

- Avis d'imposition année N-1 (Impôt 2019 sur revenus 2018)
- Photocopies des vaccins
- Règlement intérieur signé
- Justificatif de domicile
- Certificat médical
- Attestation assurance scolaire ou extrascolaire

**ATTENTION !**

**Tout dossier incomplet sera refusé**