

DOSSIER D'INSCRIPTION –MATERNELLE- PRIMAIRE

Année scolaire 2021/2022

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 :
Prix unitaire du Gouter et activité: 1euro

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 2021/2022

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	
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**)

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- LES AUTORISATIONS/

Autorisons *A participer aux sorties dans le cadre des activités proposées*

N'autorisons pas

Autorisons *A être photographié dans le cadre des diverses activités proposées*

N'autorisons pas

Autorisons *Le personnel à administrer les éventuels médicaments prescrite par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance*

N'autorisons pas

Autorisons *L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident*

N'autorisons pas *(SAMU, Pompiers, Hospitalisation, anesthésies)*

Date :

Signature :

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

