

# PERISCOLAIRE GRANDFRESNOY

## DOSSIER D'INSCRIPTION –MATERNELLE-PRIMAIRE



**Année scolaire 2024/2025**

### **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: .....

### **Planning d'inscription :**

- A l'année  Ponctuel:
- Matin  Midi  Soir
- |  |   |                                   |                                |                               |                               |
|--|---|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 4 jours semaine | } | <input type="checkbox"/> Lundi    | <input type="checkbox"/> Matin | <input type="checkbox"/> Midi | <input type="checkbox"/> Soir |
| <input type="checkbox"/> 3 jours semaine |   | <input type="checkbox"/> Mardi    | <input type="checkbox"/> Matin | <input type="checkbox"/> Midi | <input type="checkbox"/> Soir |
| <input type="checkbox"/> 2 jours semaine |   | <input type="checkbox"/> Jeudi    | <input type="checkbox"/> Matin | <input type="checkbox"/> Midi | <input type="checkbox"/> Soir |
| <input type="checkbox"/> 1 jour semaine  |   | <input type="checkbox"/> Vendredi | <input type="checkbox"/> Matin | <input type="checkbox"/> Midi | <input type="checkbox"/> Soir |

# DIRECTION ENFANCE - JEUNESSE

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2024/2025

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<br>(Diphthérie-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<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>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 a 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 .....

| <b><u>PERE</u></b>   | <b><u>MERE</u></b>  |
|--|---|
| NOM:   | NOM:  |
| PRENOM:  | PRENOM :  |
| ADRESSE  | ADRESSE:  |
| TEL. FIXE :  | TEL. FIXE :   |
| TEL. BUREAU :  | TEL. BUREAU:  |
| E.MAIL :   | E.MAIL:   |
| AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (NOM, PRENOM, TEL.) :..... |   |
| NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT .....  |   |
| <b><u>6- LES AUTORISATIONS/</u></b>  |   |
| <input type="checkbox"/> Autorisons  | <i>A participer aux sorties dans le cadre des activités proposées</i>   |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas  |   |
| <input type="checkbox"/> Autorisons  | <i>A être photographié dans le cadre des diverses activités proposées</i>   |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas  |   |
| <input type="checkbox"/> Autorisons  | <i>Le personnel à administrer les éventuels médicaments prescrite par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance</i> |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas  |   |
| <input type="checkbox"/> Autorisons  | <i>L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident</i>   |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas  | <i>(SAMU, Pompiers, Hospitalisation, anesthésies)</i>   |
| <b>Date :</b>  | <b>Signature :</b>  |

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

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

### Pièces a joindre

- Avis d'imposition année N-1 (Impôt 2023 sur revenus 2022)
- Photocopies des vaccins
- Règlement intérieur signé
- Justificatif de domicile (-3 mois)
- Attestation assurance scolaire ou extrascolaire
- Attestation employeur (des 2 parents)
- RIB (pour prélèvement)

**ATTENTION !**

**Tout dossier incomplet sera refusé**