

### ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Ville de naissance : .....  
Fille  Garçon  Classe :

### RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

#### Responsable n°1 Père – Mère – Tuteur (Rayez la mention inutile)

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tel domicile : ..... Portable : .....  
Profession : ..... Tel professionnel : .....  
Sapeur-pompier volontaire : Oui  Non  si oui fournir une attestation du SDIS  
Numéro Allocataire CAF..... Quotient.....

#### Responsable n°2 Père – Mère – Tuteur (Rayez la mention inutile)

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tel domicile : ..... Portable : .....  
Profession : ..... Tel professionnel : .....  
Sapeur-pompier volontaire : Oui  Non  si oui fournir une attestation du SDIS  
Numéro Allocataire CAF..... Quotient.....

**Merci d'indiquer une adresse mail pour le portail famille :**

*En cas de divorce ou de séparation des parents, un document juridique instituant les modalités de garde du ou des enfants doit être transmis ou une attestation sur l'honneur signée des deux parents, à défaut. Ce document précisera la date de séparation et les modalités de garde ainsi que la répartition entre les deux parents des frais liés aux activités péri et extrascolaires.*

**Assurance civile** Assureur : ..... N° police : .....  
**Médecin traitant** Nom : ..... Téléphone : .....

**Autorise mon enfant à partir seul à la fin du service périscolaire : Oui  Non**

**ou**

**Personnes habilitées à prendre en charge l'enfant à la fin du service d'accueil périscolaire ou à prévenir en cas d'urgence (en plus du responsable légal) : à remplir obligatoirement (au moins un contact)**

Nom	Téléphone	Lien de parenté avec l'enfant

## VACCINATIONS (joindre la copie du carnet de vaccination)

Vaccins obligatoires	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite	..... / ..... / .....	Rougeole – Oreillons – Rubéole	..... / ..... / .....
		Coqueluche	..... / ..... / .....
		Haemophilus	..... / ..... / .....
		Hépatite B	..... / ..... / .....
		Pneumocoque	..... / ..... / .....
		BCG	..... / ..... / .....

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication*

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A titre indicatif : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**Enfant en situation de handicap** : Oui  Non

Si oui merci de prendre contact avec le service périscolaire

### Les allergies

Alimentaires : Oui  Non  Médicamenteuses : Oui  Non  ASTHME : Oui  Non

AUTRES : ..... (Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir)

**P.A.I.** (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : Oui  Non

(Joindre le protocole et toutes informations utiles).....

### Les difficultés de santé

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.....

### Les recommandations utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil auditif ou dentaire, comportement de l'enfant, etc

Je soussigné(e), .....,

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à.....

Le...../...../.....

Signature :

## **Les modalités d'inscription et de réservation :**

Le dossier d'inscription (téléchargeable sur le site de la commune [www.apprieu.fr](http://www.apprieu.fr))

- Une fiche sanitaire de liaison datée et signée (info enfant + vaccins obligatoires)
- Une attestation d'assurance extrascolaire valable pour toute l'année scolaire (indiquant accident de la vie et corporel)
- Une attestation financière : attestation de quotient familial de la CAF pour l'année civile en cours ou à défaut votre dernier avis d'imposition
- Un RIB (uniquement si vous souhaitez mettre en place un règlement par prélèvement)
- Une copie du jugement fixant la résidence habituelle de l'enfant et les modalités de garde (pour les parents divorcés ou séparés avec jugement),
- Un justificatif de domicile (en cas de changement d'adresse) - de 3 mois.
- Le coupon d'acceptation du règlement intérieur
- Le coupon d'acceptation ou de refus du droit à l'image

**Ces documents sont à déposer sur le portail famille**

