



MAIRIE DE SAINT MICHEL L'OBSERVATOIRE LINCEL
PRÉ - INSCRIPTION CANTINE/GARDERIE/CLSH
FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNÉE SCOLAIRE 2021/2022

ÉLÈVE	
Nom de famille	
Prénom	
Né(e) le/...../.....	
Lieu de naissance	
Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Age :	
Adresse	
Code postale Ville	
Classe	

REPRÉSENTANTS LÉGAUX	
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur
Nom de famille	Nom de famille
Nom d'usage	Nom d'usage
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse (si différente)
Courriel	Courriel
Tel domicile	Tel domicile
Mobile	Mobile
Travail	Travail
Profession	Profession
Responsable légal : oui/non	Responsable légal : oui/non

Situation familiale : célibataire/en couple/séparé/divorcé

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE OU AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT		
Lien avec l'élève		
A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>		Autorisé (e) à venir chercher l'élève <input type="checkbox"/>
Nom de famille		Nom d'usage
Prénom		
Tel domicile	Mobile	Travail
Lien avec l'élève		
A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>		Autorisé (e) à venir chercher l'élève <input type="checkbox"/>
Nom de famille		Nom d'usage
Prénom		
Tel domicile	Mobile	Travail
Lien avec l'élève		
A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>		Autorisé (e) à venir chercher l'élève <input type="checkbox"/>
Nom de famille		Nom d'usage
Prénom		
Tel domicile	Mobile	Travail

AUTORISATION DES PARENTS / RESPONSABLE LÉGAL

Nous autorisons la communication de nos coordonnées (numéro téléphone mobile et adresse courriel) pour recevoir des informations d'actualité ou d'urgence par mail et sms OUI NON

J'autorise la publication de tous les supports de communication (photos, films) réalisés lors des activités municipales sur lesquels apparaît mon enfant OUI NON

En cas d'urgence médicale, j'autorise l'appel au médecin de la commune, Docteur RAIMOND et le transfert de mon enfant vers l'hôpital OUI NON

ASSURANCES ENFANT

Numéro Sécurité Sociale :

Numéro CAF :

Numéro MSA :

Compagnie Assurance RC et numéro de contrat :

QUOTIENT FAMILIAL :

OBSERVATIONS PARTICULIERES

Allergies OUI NON

Préciser

Autres

Votre enfant nécessite-t-il la constitution d'un PAI ? OUI NON

Votre enfant présente-t-il un handicap nécessitant un aménagement à réaliser à l'école ? OUI NON

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ? OUI NON

Et si oui, lequel ?

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

Nom Prénom

Adresse

Téléphone

Enfant de moins de 3 ans non scolarisé, résident à la même adresse :

Nom Prénom Date de naissance

.....

SERVICES PÉRISCOLAIRES	
Cantine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Garderie du matin	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Garderie du soir	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
CLSH Mercredis / Vacances	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

A propos du recueil des données personnelles :

Les informations recueillies sont nécessaires à l'établissement de votre dossier et l'utilisation de vos données personnelles fait l'objet d'un traitement informatique et est strictement limitée aux besoins du personnel communal en charge des différents services périscolaires. Ces données, à caractère personnel, ne sont communiquées à aucun tiers extérieur. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en en faisant la demande au secrétariat de mairie.

Signature des représentants légaux :

Pièces à fournir obligatoirement :

Livret de famille (1^{ère} inscription) + fiche sanitaire (ci-jointe) + attestation d'assurance + copie des vaccinations qui doivent être à jour + attestation du quotient familial CAF (document accessible sur le site internet caf.fr avec n° allocataire et code personnel).

A RENDRE OBLIGATOIREMENT EN MAIRIE AVANT LE 16 JUILLET 2021.



NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / / M F

SEXE :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Pollomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :