



MAIRIE DE SAINT MICHEL L'OBSERVATOIRE LINCEL
PRÉ - INSCRIPTION CANTINE/PERISCOLAIRE/EXTRASCOLAIRE
FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024

| ÉLÈVE |
|--|
| Nom de famillePrénom |
| 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

Autorisé (e) à venir chercher l'élève

Nom de famille

Nom d'usage

Prénom

Tel domicile

Mobile

Travail

Lien avec l'élève

A contacter en cas d'urgence

Autorisé (e) à venir chercher l'élève

Nom de famille

Nom d'usage

Prénom

Tel domicile

Mobile

Travail

Lien avec l'élève

A contacter en cas d'urgence

Autorisé (e) à venir chercher l'élève

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 résidant à la même adresse :

Nom Prénom Date de naissance

.....

| SERVICES PÉRISCOLAIRES | |
|-------------------------------|---|
| Cantine | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Périscolaire du matin | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Périscolaire du soir | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Mercredis | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 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 21 JUILLET 2023



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES 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 :

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt 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 |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | 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.