



Commune de Rougiers

PERI-SCOLAIRE GARDERIE DU MERCREDI

Année scolaire.....

Fiche individuelle et confidentielle de renseignements administratifs et sanitaires

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

(cocher la ou les case(s) lorsqu'il s'agit du ou des responsables(s) légal(aux) de l'enfant inscrit)

 PERE TUTEUR MERE TUTRICE

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal : Ville :	Code Postal : Ville :
Situation familiale :	Situation familiale :
Profession :	Profession :
Tél : Domicile :	Tél : Domicile :
Travail :	Travail :
Portable :	Portable :
Mail :	Mail :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS COMPLEMENTAIRES

Numéro d'Allocataire : CAF de :

Régime général

EDF-GDF-SNCF-RATP

MSA

Pêche maritime

Nombre d'enfants à charge : Revenu imposable du ménage : €

N° de sécurité sociale :

Bénéficiez-vous d'une Mutuelle ? Oui Non Si oui laquelle :

N° de contrat :

Bénéficiez-vous d'une assurance ? Oui Non Si oui laquelle :

N° de contrat :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : PRENOM :

Sexe : M F

Date de naissance : Age : ans

Domicile de l'enfant :

Ecole de l'enfant :

Enseignant : Classe :

Observations pouvant permettre de mieux comprendre le comportement de votre enfant.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

1. A-t-il eu (1) : RUBEOLE - VARICELLE - RHUMATISMES - SCARLATINE - COQUELUCHE ROUGEOLE - OREILLONS

2. A-t-il déjà présenté des allergies (1) : ALIMENTAIRE - MEDICAMENTEUSE - ASTHME (si oui précisez la cause de l'allergie et les conséquences qu'elle peut avoir et la conduite à tenir et joindre le P.A.I) :

.....

3. A-t-il eu d'autres difficultés de santé : maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations et préciser les dates et les précautions nécessaires à prendre :

4. Autres recommandations utiles des parents (port de lunettes, appareil dentaire..) :

5. Vaccinations : (joindre les photocopies du carnet de vaccination ou un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

6. L'enfant suit-il un traitement à poursuivre durant son temps au péri-scolaire : Oui Non

Si oui, précisez lequel et n'oubliez pas de joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants, ainsi qu'au besoin une lettre explicative :

Si automédication, le signaler :

7. CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir l'enfant :

Il ou elle ne présente aucun signe de maladie contagieuse

Il ou elle a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations.

Il ou elle est apte à fréquenter un centre d'accueil péri-scolaire.

Observations éventuelles :

A

Le

Signature :

Cachet ou Nom, adresse et téléphone du médecin

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant : Tél :

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant : Tél :

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant : Tél :

DOCUMENTS A FOURNIR DUMENT COMPLETES (Impérativement le jour du dépôt de dossier)

Pour l'inscription :

- La présente fiche dûment renseignée, datée et signée y compris le certificat médical figurant au recto,
- Photocopie du carnet de vaccination ou certificat de contre-indication,
- Carte Vitale et carte mutuelle
- Copie du jugement statuant sur la garde de l'enfant en cas de parents séparés,
- Photocopie de l'attestation d'assurance année scolaire 2017/2018

Pour le calcul du tarif :

- Quotient familial

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e),, Responsable Légal de l'Enfant, reconnais avoir rempli la présente fiche et certifie exact les renseignements fournis, autorise :

- mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil périscolaire,
- le directeur du centre d'accueil péri-scolaire à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence et notamment à faire pratiquer toute intervention chirurgicale ou anesthésie décidée par un Médecin.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et de la grille tarifaire.

A..... le200

Signature