



# Commune de Rougiers

## PERI-SCOLAIRE

Année scolaire .....

### Fiche individuelle et confidentielle de renseignements administratifs et sanitaires

#### RESPONSABLE LÉGAL 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 COMPLÉMENTAIRES

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 MÉDICAUX

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

2. A-t-il déjà présenté des allergies (1) : ALIMENTAIRE – MÉDICAMENTEUSE – 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 de l'année en cours

##### 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..... le..... 20

Signature