

ACCUEIL PERISCOLAIRE MUNICIPAL



Année 2020 - 2021

DOSSIER D'INSCRIPTION

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

*A remettre au secrétariat de mairie **avant le 03 août 2020.***

Remplir la feuille sanitaire et la signer obligatoirement.

Pour les vaccins, possibilité de fournir des photocopies du carnet de santé

En cas d'absence de n° CAF, merci de fournir une copie de l'avis d'imposition.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés et le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données) s'appliquent aux données recueillies dans le cadre de ce formulaire et vous garantissent le droit d'accès et de rectification, le droit d'opposition pour des motifs légitimes, le droit à la limitation du traitement et celui de réclamation auprès de la CNIL pour les données vous concernant auprès du Délégué à la Protection des Données : cnil@clermontmetropole.eu. Pour plus de précisions, se reporter au Document « Information CNIL – Affaires périscolaires » joint au dossier d'inscription.

Numéro allocataire CAF (obligatoire) :

En cas d'absence de numéro d'allocataire CAF, merci de fournir une copie complète du dernier avis d'imposition.

	PERE	MERE
Nom - Prénom		
Adresse du domicile		
Tel. domicile		
Tel. portable		
Tel. professionnel		
Adresse mail		
<u>ADRESSE DE FACTURATION</u> <i>(Sauf changement signalé obligatoirement par écrit, cette adresse est valable pour l'année scolaire).</i>		

Personne(s) à joindre en cas d'urgence :

Nom, Prénom et n° de Téléphone de la personne autorisée à récupérer l'enfant en cas d'empêchement des parents.

AUTORISATIONS

Je soussigné M. - Mme autorise mon enfant à sortir seul de l'accueil périscolaire le soir.

A Pérignat-lès-Sarliève, le

Signature

J'autorise le personnel de l'Accueil Périscolaire à photographier mon enfant en vue de publication d'articles dans la presse locale et/ou le bulletin municipal.

A Pérignat-lès-Sarliève, le

Signature

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE de LIAISON 2020 -2021

Enfant :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités de l'Accueil Périscolaire.

1- VACCINATIONS ET MALADIES (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

LES PHOTOCOPIES DES VACCINATIONS ET DES MALADIES DE VOTRE (VOS) ENFANT(S) SONT OBLIGATOIRES

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? 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) accompagné d'un mot d'autorisation pour les lui administrer au nom du personnel de l'Accueil Périscolaire.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES

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

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

.....
.....

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (Informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? **oui** **non**

.....
.....

Le mineur aura-t-il besoin d'une AVS (Assistante de Vie Scolaire) Oui Non

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

.....
.....

4- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRENOM :

TEL DOMICILE : TEL. TRAVAIL :

TEL PORTABLE : NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant): (Obligatoire)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'Accueil Périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du Responsable Légal :