



FICHE INSCRIPTION  
TEMPS PERISCOLAIRE  
RPI CLAVETTE MONTROY  
Cantine – Pause méridienne - Garderie



**TOUT LE DOSSIER EST A RENDRE LE 5 JUILLET AU PLUS TARD**

**ANNEE SCOLAIRE : 2020/2021**

**ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance ...../...../..... Lieu de naissance : .....  
Nom Assurance : ..... N° de contrat : .....  
Médecin traitant : ..... N° de tél: .....  
N° de Sécurité sociale: .....  
Nom et numéro mutuelle santé : .....

**ECOLE DEMANDEE :**  MATERNELLE  ELEMENTAIRE

NIVEAU : .....

**RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT**

Situation familiale :

Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  Union libre  Célibataire

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Téléphone fixe : .....	Téléphone fixe : .....
Téléphone portable : .....	Téléphone portable : .....
Téléphone travail : .....	Téléphone travail : .....
E mail : .....	E mail : .....
Numéro Allocataire CAF: .....	Numéro Allocataire CAF: .....
Profession: .....	Profession: .....
Employeur : .....	Employeur : .....

**AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE**

- Pour toute intervention chirurgicale, en cas de nécessité absolue et si besoin sous anesthésie
- Pour la diffusion de photos dans le cadre de la promotion des activités
- Pour la participation de mon enfant à toutes les activités, sous la responsabilité du personnel d'encadrement
- Pour que mon enfant quitte l'accueil accompagné des personnes nommées ci-dessous :
- Pour prévenir les personnes nommées ci-dessous en cas d'indisponibilité des parents :

NOM - PRENOM ..... N° portable.....

NOM - PRENOM..... N° portable.....

NOM - PRENOM..... N° portable.....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### VACCINATIONS (à remplir ou joindre une photocopie de la page de vaccination du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée  Oui  Non

Si Oui, lequel : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
RUBEOLE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			OTITE		
VARICELLE			SCARLATINE			ROUGEOLE		
ANGINE			COQUELUCHE			OREILLONS		

**ALLERGIES :**  Asthme  Alimentaires  Médicamenteuses  Autres.....

En cas d'allergie alimentaire ou de pathologie particulière, en l'absence de PAI, les parents doivent fournir **un mot du médecin stipulant la situation de l'enfant** et les mesures à prendre **AVANT** le premier repas de l'enfant à la cantine.

**EXISTENCE D'UN PAI :**

.....  
Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être mis en place AVANT le premier repas de l'enfant à la cantine.

**AUTRES DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation)

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc...

Les informations à caractère personnel recueillies par la Mairie de Clavette et la Mairie de Montroy font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la communication avec les parents et à la facturation cantine garderie. Elles seront conservées le temps nécessaire à leur utilisation. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de celles-ci, ainsi que du droit de retirer votre consentement à tout moment en contactant la Mairie de Clavette et ou la Mairie de Montroy.

Fait à ....., le .....

**SIGNATURES DES PARENTS :**

Mention manuscrite : « j'ai lu et approuvé l'organisation et le règlement des temps périscolaires »