



**FICHE INSCRIPTION**

**TEMPS PERISCOLAIRE**

**RPI CLAVETTE MONTROY**

**Cantine – Pause méridienne - Garderie**

**TOUT LE DOSSIER EST A RENDRE LE 07 JUILLET AU PLUS TARD**

**ANNEE SCOLAIRE** **2022/2023**

# 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 : ………………………………………………………………………..…

***Joindre obligatoirement une photocopie de l’attestation d’assurance scolaire***

**ECOLE DEMANDEE :** MATERNELLE ELEMENTAIRE

## NIVEAU : .......................

**RESPONSABLES LEGAUX DE L’ENFANT**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **RESPONSABLE LEGAL 1** | **RESPONSABLE LEGAL 2** |
| Nom : …………………………………………… Prénom : ……………………………………….. Adresse : ………………………………………... . …………………………………………………... Téléphone fixe :………………………………... Téléphone portable : ………………………..... Téléphone travail : …………………………….E mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numéro Allocataire CAF: ……….……………Profession: ……………………………………Employeur : ….………………………………. | Nom : …………………………………………… Prénom : ……………………………………….. Adresse : ………………………………………... . …………………………………………………... Téléphone fixe :………………………………... Téléphone portable : ………………………..... Téléphone travail : …………………………….E mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numéro Allocataire CAF: ……….……………Profession: ……………………………………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**

***Joindre obligatoirement une photocopie des pages de vaccination du carnet de santé***

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 O Oui O 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 :*** o Asthme o Alimentaires o Médicamenteuses o 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 RESPONSABLES LEGAUX: