



FICHE INSCRIPTION
TEMPS PERISCOLAIRE
RPI CLAVETTE MONTROY



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

ANNEE SCOLAIRE : 2023/2024

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 :	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

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