**DOSSIER UNIQUE D’INSCRIPTION**

SERVICES PERI ET EXTRA SCOLAIRES

Année scolaire 2024/2025

|  |  |
| --- | --- |
| **L’ENFANT** | |
| **Nom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Date de naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | **Sexe**:  M  F |

|  |  |
| --- | --- |
| **LES RESPONSABLES LEGAUX** | |
| **RESPONSABLE LEGAL 1** | **RESPONSABLE LEGAL 2** |
| Père  Mère  Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Père  Mère  Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **NOM :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **NOM :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Adresse :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Adresse**: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tel Domicile** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Tel Domicile** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tel. Portable** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Tel. Portable** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tel. Prof. :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Tel. Prof.** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Courriel** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Courriel** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS DIVERSES** | | |
| ***Cochez les cases correspondantes à la situation de votre enfant.*** | | |
| PAI | (*Protocole d’Accueil Individualisé)* | Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  | Attention : Si l’enfant a un PAI, la copie du document, l’ordonnance et le traitement doivent être remis au responsable de la structure avant l’accueil de l’enfant. | |
| Régime alimentaire particulier | | Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| AEEH | *(Allocation d’Education de l’Enfant handicapé)* | Date de notification : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| CAF | N° Allocataire CAF : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Nom de l’allocataire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| MSA | N° Allocataire MSA : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Impôts *Si vous n’avez pas de quotient familial CAF ou MSA, merci de fournir l’avis d’imposition sur les revenus N-2.* | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L’ENFANT** | |
| **NOMS PRENOMS** | **N° DE TELEPHONE** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **ATTENTION : TOUTE PERSONNE NON MENTIONNEE NE POURRA PAS RECUPERER L’ENFANT. UNE PIECE D’IDENTITE POURRA ETRE DEMANDEE. SI VOUS SOUHAITEZ QUE VOTRE ENFANT QUITTE LES SERVICES EXCEPTIONELLEMENT AVEC UNE AUTRE PERSONNE, VOUS DEVREZ FOURNIR UNE AUTORISATION PARENTALE, DATEE ET SIGNEE.** | |

|  |
| --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM du médecin traitant** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | **Tèl .** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **VACCINATIONS** | | | |
| **Conformément aux dispositions du code de la santé publique, l’admission d’un mineur en accueil collectif est subordonnée à la présentation d’un document attestant du respect de l’obligation en matière de vaccinations** *(copie des pages du carnet de santé relatives à la vaccination ou attestation d’un médecin).* Si votre enfant n’est pas à jour de ses vaccinations, une admission provisoire est possible. Vous avez alors 3 mois pour faire les vaccinations. Sans cela, votre enfant ne sera plus accueilli. | | | |
|  | **ENFANTS NES AVANT LE 1/01/2018** | | **ENFANT NES A PARTIR DU 1/01/2018** |
| **Vaccinations obligatoires** | Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP) | | Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)  Coqueluche  Hib  Hépatite B  Pneumocoque  Rubéole, Oreillons, Rougeole (ROR)  Méningocoque C |
| **Vaccinations recommandées** | Hépatite B  Rubéole, Oreillons, Rougeole (ROR)  Coqueluche  Tuberculose (BCG) | | Tuberculose (BCG)  Rotavirus B  Méningocoque B |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MALADIES** | | | | | |
| ***Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?*** | | | | | |
|  | ***Oui*** | ***Non*** |  | ***Oui*** | ***Non*** | |
| Rubéole |  |  | Coqueluche |  |  | |
| Varicelle |  |  | Otite |  |  | |
| Angine |  |  | Rougeole |  |  | |
| Rhumatisme articulaire aigu |  |  | Oreillons |  |  | |
| Scarlatine |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALLERGIES** | | | | | |
|  | ***Oui*** | ***Non*** |  | ***Oui*** | ***Non*** | |
| Asthme |  |  | Animaux |  |  | |
| Alimentaires |  |  | Autres |  |  | |
| Médicamenteuses |  |  | Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |
| Si votre enfant a des allergies, précisez ci-dessous la cause et la conduite à tenir : (fournir PAI) | | | | | | |

|  |
| --- |
| **DIFFICULTES DE SANTE ET RENSEIGNEMENTS UTILES** |
| Indiquez ci-dessous les difficultés de santé en précisant les dates et précautions à prendre (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, ...).  Indiquez également tout renseignement utile : port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives ou dentaires, ... |

Je soussigné, M. ou Mme Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. responsables légaux de l’enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche, nous nous engageons à contacter les responsables des services péri et extra scolaires pour toutes modifications d’informations administratives mentionnées sur ce dossier unique. Nous avons pris connaissance et acceptons le règlement intérieur des structures enfance organisées par la commune.

*Fait à :* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. *Le*: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

|  |
| --- |
| ***DOCUMENTS A FOURNIR :***  *\*Dossier unique complété et signé.*  *\*Assurance responsabilité civile au nom de l’enfant.*  *\*Vaccinations de l’enfant à jour.* |

*Signature des responsables légaux :*