



# DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

## SERVICES PERI ET EXTRA SCOLAIRES

Année scolaire 2023 / 2024

### L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ...../...../.....

Sexe : M  F

### LES REPRESENTANTS LEGAUX

#### RESPONSABLE LEGAL 1

PERE  MERE  AUTRE

(Précisez :.....)

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Tel domicile : ...../...../...../...../.....

Tel portable : ...../...../...../...../.....

Tel professionnel: ...../...../...../...../.....

Adresse courriel : .....

#### RESPONSABLE LEGAL 2

PERE  MERE  AUTRE

(Précisez :.....)

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Tel domicile : ...../...../...../...../.....

Tel portable : ...../...../...../...../.....

Tel professionnel: ...../...../...../...../.....

Adresse courriel : .....

### INFORMATIONS DIVERSES

PAI (Protocole d'Accueil individualisé): OUI  NON

AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé):

Précisez : .....

Date de notification: ..... / ..... / .....

### PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOMS PRENOMS

N° DE TELEPHONE

**ATTENTION : TOUTE PERSONNE NON MENTIONNEE NE POURRA RECUPERER L'ENFANT. UNE PIECE D'IDENTITE POURRA ÊTRE DEMANDEE. SI VOUS SOUHAITEZ QUE VOTRE ENFANT QUITTE LES SERVICES EXCEPTIONNELLEMENT AVEC UNE AUTRE PERSONNE, VOUS DEVREZ FOURNIR UNE AUTORISATION PARENTALE DATEE ET SIGNEE.**

Je soussigné, M et Mme ..... responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche, nous engageons à contacter les responsables des services péri et extrascolaires pour toutes modifications d'informations administratives concernant notre enfant mentionnées sur son dossier unique et avoir pris connaissance et acceptons le règlement intérieur des structures enfance organisées par la commune.

Fait à : .....

Le : .....

Signature responsable légal 1 :

Signature responsable légal 2 :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du médecin traitant : ..... Tél. : ...../...../...../...../.....

## 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 1er JANVIER 2018	ENFANTS NES A PARTIR DU 1er JANVIER 2018
<b>Vaccinations obligatoires</b>	Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (DTP)	Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (DTP) Coqueluche Hib Hépatite B Pneumocoque Rubéole, Oreillons, Rougeole (ROR) Méningocoque C
<b>Vaccinations recommandées</b>	Hépatite B Rubéole, Oreillons, Rougeole (ROR) Coqueluche Tuberculose (BCG)	Tuberculose (BCG) Rotavirus 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

*Votre enfant a-t-il des allergies ?*

	OUI	NON		OUI	NON
Asthme			Animaux		
Alimentaires			Autres		
Médicamenteuses			(Précisez : .....) )		

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 (*maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations,...*) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Indiquez également tous renseignements utiles (*port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives ou dentaires, ...*) :

.....  
 .....  
 .....

**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.