

FICHE d' INSCRIPTION

SIRS « Pays de Nacre »

Communes de VALDAMPIERRE , LES HAUTS TALICAN et BEAUMONT LES NONAINS

L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____/____/____ Age :

Sexe : Fille Garçon

Adresse :

Code Postal : Ville :

RESPONSABLE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Responsable 1 :	Responsable 2 :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse (si différente de l'enfant) :	Adresse (si différente de l'enfant) :
.....
Ville :	Ville :
Code postale :	Code postale :
Tél (portable) : ____/____/____/____/____	Tél (portable) : ____/____/____/____/____
Tél (domicile) : ____/____/____/____/____	Tél (domicile) : ____/____/____/____/____
Tél (travail) : ____/____/____/____/____	Tél (travail) : ____/____/____/____/____
Email :	Email :
N° Sécurité sociale :	N° Sécurité sociale :
Employeur :	Employeur :
Profession :	Profession :

Adresse mail à utiliser pour communication :
.....

PRESTATIONS FAMILIALES:

La famille perçoit-elle actuellement une ou plusieurs prestations familiales : Oui Non

Nom de l'organisme dont la famille dépend : CAF MSA Autre

N° Allocataire CAF :

La famille perçoit-elle actuellement une AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant Handicapé) :

Oui Non

AUTORISATIONS :

1. Droit à l'image :

J'autorise l'accueil de loisirs et périscolaire à utiliser librement les photos de mon enfant dans le cadre des activités organisées par l'accueil, dans tous les supports de communication (plaquettes, journaux, affichage, site toute mon année...) :

Oui Non

2. Autorise mon enfant à quitter les accueils seul :

Oui Non

3. Autorisation de transport en véhicule de service ou car de location :

Oui Non

4. Autorise la directrice ou le représentant du SIRS à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant :

Oui Non

5. L'enfant est autorisé à rentrer **SEUL** chez lui à la sortie du bus scolaire

Oui Non

PERSONNES AUTORISEES :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Tél : ____/____/____/____/____

Tél : ____/____/____/____/____

Liens de parenté :

Liens de parenté :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Tél : ____/____/____/____/____

Tél : ____/____/____/____/____

Liens de parenté :

Liens de parenté :

L'équipe d'animation appellera et confiera l'enfant à l'une des personnes nommées ci-dessus dans le cas où ce dernier est encore présent après l'heure de fermeture de l'accueil et que les parents demeurent injoignables.

VACCINATIONS :

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier Rappel	Vaccins Recommandés	Oui	Non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT Polio				Autres (préciser)			
Ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant l'accueil : Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente, les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant) et une autorisation écrite des parents pour le personnel de l'accueil.

Médecin traitant : N° de téléphone :

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Allergies :

Médicamenteuses : Oui Non Alimentaires : Oui Non

Asthme : Oui Non Autres : Oui Non

Si oui précisez :
.....
.....
.....

Régime Alimentaire :

Un **P.A.I** (projet d'accueil individualisé) est-il en place : Oui Non

Joindre OBLIGATOIREMENT la copie du protocole et toutes informations utiles

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

RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

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

PIECES A FOURNIR :

- Photocopie du carnet de vaccination
- Photocopie du livret de famille (pages parents-enfants)
- Avis d'imposition
- Attestation de responsabilité civile
- Coupon du règlement intérieur signé

CONTACT : périscolaire@valdampierre.fr ou [Tél 03.44.79.23.80](tel:03.44.79.23.80)

Je soussigné :

Responsable de l'enfant :

s'engage à communiquer à la directrice tout changement de situation (adresse, numéro de téléphone ...) par rapport aux informations données dans la fiche d'inscription initiale.

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : __/__/____

« Lu et approuvé »

Signature :