



**RESTAURANT SCOLAIRE
GARDERIE PERISCOLAIRE
MERCREDIS RECREATIFS
2018/2019**

Si vous souhaitez inscrire ou réinscrire votre enfant au restaurant scolaire ou aux activités périscolaires (Garderies, Mercredis récréatifs) pour la rentrée de septembre 2018, nous vous prions de bien vouloir compléter et signer les documents suivants :

- La Fiche individuelle de renseignements (mettre une photo de l'enfant obligatoire)
- La fiche sanitaire
- Les photocopies des vaccins au nom de l'enfant
- L'assurance pour la rentrée 2018/2019
- L'attestation de paiement de la CAF
- L'attestation du quotient familial de la CAF
- **Projet d'accueil Individuel (PAI) si votre enfant présente une allergie alimentaire (Obligatoire)**

Nous vous remercions de respecter les dates et de déposer le dossier rempli et complet à la garderie les p'tits Rogers, du

25 juin au 20 juillet 2018

et du 6 août au 24 août 2018

HORAIRE : Du lundi au vendredi de 9h00 à 11h30 et de 13h30 à 17h00 aux dates indiquées

contact : 03/21/37/88/24

Mail : service.enfance@oignies.fr

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS
ACTIVITES PERISCOLAIRES ECOLES MATERNELLES ET PRIMAIRES
 Cantine / Mercredi Récréatif / Garderie
Année 2018- 2019



↑ Informations sur l'enfant

Nom (en majuscules) : _____

Prénom : _____ **Sexe :** F M

Né(e) le : ____ / ____ /20____ **à** _____

Ecole fréquentée : _____ **Classe :** _____ **Enseignant :** _____

☑ Informations Alimentaires / Médicales

Attention, en cas de problème d'allergie ou de traitement médical, pensez à nous transmettre un certificat médical

Mettre une croix dans les cases	OUI	NON	Si oui, précisez
L'enfant suit-il un traitement ?			
L'enfant fait-il des allergies ? Si oui faire un PAI (médicaments, aliments, autres...)			
Repas sans porc			
Repas sans viande			
Autres...			

☐ Informations complémentaires

Pendant les activités, j'autorise le personnel de la mairie à photographier et ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives OUI NON

J'autorise la mairie à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse, journaux locaux, nouveau média, affiches...) OUI NON

J'autorise les animateurs, les pompiers ainsi que le personnel hospitalier à prendre toute mesure qu'ils jugeront nécessaire au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents OUI NON

Choix du lieu d'hospitalisation : _____ ou _____

Quelles sont les personnes autorisées à venir chercher votre enfant ?

Nom et Prénom	Téléphone	lien de parenté
_____	_____	_____
_____	_____	_____

☑ Informations en cas d'urgence

Quelles sont les personnes à prévenir et habilitées à venir chercher votre enfant en cas d'urgence ?

Nom et Prénom	Téléphone	lien de parenté
_____	_____	_____
_____	_____	_____

† Informations sur la famille

Responsable légal de l'enfant (entourer la réponse) : PERE MERE TUTEUR

	PERE	MERE
NOM :		
Prénom :		
Adresse : (mettre les deux si parents séparés ou divorcés)		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Tél. Domicile :		
Tél. Portable :		
Email (obligatoire) :		
Numéro de sécurité sociale		
N° de CAF		
Profession		
Tél. Professionnel		

Situation familiale des parents de l'enfant

- mariés ou pacsés
 concubinage
 célibataire
 veuf(ve)
- divorcés ou séparés

En cas de divorce, quel est le mode de garde ?

- résidence chez le père
 résidence chez la mère
 résidence alternée

Assurance

Nom de la société ou de la mutuelle : _____

N° de contrat : _____

☛ Pensez à nous fournir l'attestation d'assurance au **nom de votre enfant**

Médecin traitant : _____

Nous nous engageons à signaler par écrit tout changement dans les renseignements fournis ci-dessus

Fait à _____, le _____

Signature des responsables légaux



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - ENFANT
	NOM :
	PRENOM :
	DATE DE NAISSANCE :
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui non parfois

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ

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

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE L'ORGANISTEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

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