



# DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE ACM 2019

Période de validité du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 décembre 2019

**Dossier dûment rempli à déposer à la Garderie Périscolaire les P'tits Roger - rue Pierre Brossolette  
Du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 17h30**

Tél : 03 21 37 88 24 - Mail : [service.enfance@oignies.fr](mailto:service.enfance@oignies.fr)

*Tout dossier incomplet ne pourra être traité*

## PIÈCES OBLIGATOIRE

- Attestation du quotient familial
- Notification CAF de droits personnalisés 2019 (feuille verte)
- L'assurance de responsabilité civile de l'année en cours
- La fiche sanitaire remplie accompagnée de la photocopie des vaccins
- Une photo d'identité récente

## CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION - NE PAS REMPLIR

Dossier reçu le : \_\_\_\_\_

Réceptionné par (nom de l'agent) : \_\_\_\_\_

Traité le : \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

Pièces manquantes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Fiche individuelle de renseignements ACM

PHOTO

ÂGE : \_\_\_\_\_ ans et \_\_\_\_\_ mois

Nom (en majuscules) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin Né(e) le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

École fréquentée : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_ Enseignant : \_\_\_\_\_

## Informations Alimentaires / Médicales

Attention, en cas de problème d'allergie nous vous demandons de mettre en place un PAI (Projet d'accueil individualisé) obligatoirement.

	OUI	NON	Si oui, précisez
L'enfant suit-il un traitement ?			
L'enfant a-t-il des allergies ? (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, nouveaux médias, affiches...)

OUI  NON

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités, aux grandes sorties (voyages, parcs d'attractions...)

OUI  NON

Votre enfant dispose t-il d'une pièce d'identité

OUI  NON

J'autorise le directeur, 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 (hospitalisation, traitement médical...)

OUI  NON

Choix du lieu d'hospitalisation : \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

L'enfant sait-il nager ?  OUI  NON Autorisez-vous l'enfant à aller à la piscine ?  OUI  NON

Je souhaite que mon enfant reste en garderie  MATIN  SOIR

Je souhaite que mon enfant quitte seul(e) le soir le centre à 17H15  OUI \*  NON

\* Dans ce cas, je dégage le Centre de toute responsabilité à partir de l'horaire donné.

Quelles sont les personnes autorisées à venir chercher votre enfant ?

Nom et Prénom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Nom et Prénom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Nom et Prénom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

### Informations en cas d'urgence

Personnes à prévenir en cas d'urgence ( si différente des parents)

Nom et Prénom

Téléphone

Lien de parenté

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Informations sur la famille

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

PÈRE

MÈRE

TUTEUR

	PÈRE	MÈRE
<b>NOM</b>		
<b>Prénom</b>		
<b>Adresse</b> <i>(mettre les deux si parents séparés ou divorcés)</i>		
<b>Date de naissance</b>		
<b>Lieu de naissance</b>		
<b>Tél. Domicile</b>		
<b>Tél. Portable</b>		
<b>Email</b>		
<b>Numéro de sécurité sociale</b>		
<b>N° de CAF</b>		
<b>Profession</b>		
<b>Tél. Professionnel</b>		

#### Situation familiale des parents de l'enfant

Mariés ou pacésés   
  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 :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_

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

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature des responsables légaux :



1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non		
Diphthérie			Hépatite B	
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite			Coqueluche	
Ou DT polio			Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				
BCG				

Si L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ		SCARLATINE	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE	OUI	NON	ROUGEOLE		OREILLONS			
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....  
 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....  
 TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
 NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... Signature : .....

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS