

Direction des affaires scolaires, de l'enfance de la jeunesse et des sports

Tél. : 01 30 40 22 04 ou 22 19

<p>PHOTO OBLIGATOIRE</p> <p>Merci de la coller à cet emplacement Ne pas utiliser d'agrafe ou de trombone</p>	NOM de l'enfant : _____		
	Prénom : _____	Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>
	Adresse : _____		

	Date de naissance : _____		
	Lieu de naissance : _____		
	Ecole et classe fréquentée en <u>2021/2022</u> :		

Père (représentant légal)	Mère (représentant légal)
<i>NOM-Prénom :</i>	<i>NOM-Prénom :</i>
<i>Date de Naissance :</i>	<i>Date de Naissance :</i>
<i>Lieu de Naissance :</i>	<i>Lieu de Naissance :</i>
<i>Adresse :</i>	<i>Adresse :</i>
<i>Situation Familiale :</i>	<i>Situation Familiale :</i>
 <i>Portable :</i>	 <i>Portable :</i>
 <i>Professionnel :</i>	 <i>Professionnel :</i>
<i>Profession :</i>	<i>Profession :</i>
<i>Employeur :</i>	<i>Employeur :</i>
<i>Adresse mail :</i>	<i>Adresse mail :</i>
.....@.....@.....
<i>NUMERO D’AFFILIATION CAF :</i>	<i>NUMERO D’AFFILIATION CAF :</i>
<i>Numéro de Sécurité Sociale auquel l'enfant est rattaché :</i>	

Indiquez ci-dessous les coordonnées de toutes les autres personnes pouvant être contactées en cas de problème ou d'accident ou pouvant reprendre l'enfant. Toute modification de cette liste doit faire l'objet d'un courrier à adresser directement à Mme le Maire :

Nom et prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté, ami, voisin...

ATTENTION : tout dossier incomplet vous sera retourné et l'enfant ne sera pas admis aux activités.



RENSEIGNEMENTS D'ORDRE SANITAIRE

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES POUR TOUS	
VACCINS	Date de la dernière injection
DT POLIO ou TETRACOQ	
VACCINS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NES APRSES LE 01/01/2018 (décret du 25/01/2018)	
VACCINS	Date de la dernière injection
Coqueluche	
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b	
Hépatite B	
Infections invasives à pneumocoque	
Méningocoque de sérogroupe C	
Rougeole	
Oreillons	
Rubéole	

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom et téléphone : _____

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS ET CONDUITE A TENIR

Indiquez dans le cadre ci-dessous toutes les informations que vous jugez utiles dans l'intérêt du suivi de votre enfant : (asthme, allergie médicamenteuse, port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires...)

Lunettes : <input type="checkbox"/>
Autres :

ALLERGIE ALIMENTAIRE – PRESCRIPTION MEDICALE OU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) En cas

d'allergie ou d'intolérance alimentaire un PAI doit être mis en place.

Un PAI est-déjà mis en place ? **OUI** **NON**

Si oui, lequel : _____ (Un PAI doit être renouvelé chaque année civile)

MON ENFANT SERA AMENE A FREQUENTER :

- l'accueil préscolaire (matin) la restauration scolaire
 l'accueil post scolaire (soir) l'étude surveillée
 j'autorise mon enfant à quitter seul l'étude surveillée pour se rendre à notre domicile. ALM et ALE Mercredis et
Vacances scolaires (attention : ces activités doivent obligatoirement faire l'objet de réservation)

Je soussigné(e) Mme, M _____ (indiquez votre nom)

responsable légal de l'enfant _____ (indiquez son prénom)

- 1 – déclare exact les renseignements portés sur la présente fiche,
- 2 – autorise les responsables des différents accueils à prendre, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, toutes mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales (y compris éventuellement l'hospitalisation et à le sortir de l'hôpital en mes lieu et place) et m'engage à régler tous les frais consécutifs,
- 3 – autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre des accueils de loisirs, ainsi que la prise de photos ou de films. En cas de contre-indication à la pratique d'activités physiques, veuillez fournir un certificat médical,
- 4 – atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités péri et extrascolaires et m'engage à le respecter,
- 5 – m'engage à prévenir la mairie de toute modification sur cette fiche individuelle de renseignements,
- 6 – accepte la transmission d'informations par courriel liées uniquement à l'activité de mon enfant,
- 7 – je prends note qu'en l'absence du **calcul du quotient familial 2021/2022 (du jeudi 2 au vendredi 24 septembre 2021 inclus), je serai automatiquement facturé au tarif maximum.**

Fait à Saint-Leu-la-Forêt, le

Signature : Le(s) responsable(s) légal (légaux)

Nom et prénom du signataire :Signature :

Nom et prénom du signataire :Signature :