

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L’ENFANT** | **NOM :** | | | | **Prénom :** | | | **Sexe : M – F** |
| **Date de naissance** |  | | **MATERNELLE :**  **TPS  PS**  **MS  GS** | | **PRIMAIRE :**  **CP  CE1  CE2**  **CM1  CM2** | **COLLEGE (Pour ALSH)**  **6e  5e  4e  3e** | |
| **SCOLARISE A ST HILAIRE** | | | **SCOLARISE A L’EXTERIEUR** | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REPRESENTANT(E) 1** | | | | |
| **Nom :**………….………………….. | | **Nom de Jeune Fille :** …….………………….. | | **Prénom :**….………………….. |
| **Adresse complète** | | | | |
| **Téléphone** |  | |  | |
| **Mail (Toutes les informations passent par le Mail) :** | | | | |
| **Lien de parenté :  Mère  Père  Belle-mère  Beau-père  Autres ……………………………….** | | | | |
| **Situation familiale :  Marié(e)  Pacsé(e)  Vie Maritale  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Célibataire** | | | | |
|  |  | |  | |
| **REPRESENTANT(E) 2** | | | | |
| **Nom :**………….………………….. | | **Nom de Jeune Fille :** …….………………….. | | **Prénom :**….………………….. |
| **Adresse complète** | | | | |
| **Téléphone** |  | |  | |
| **Mail** | | | | |
| **Lien de parenté :  Mère  Père  Belle-mère  Beau-père  Autres ……………………………….** | | | | |
| **Situation familiale :  Marié(e)  Pacsé(e)  Vie Maritale  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Célibataire** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONTACTS AUTORISES A RECUPERER MON ENFANT** | | |
| **Nom :**………….………………….. | **Prénom :**….………………….. | **Téléphone** |
|  |  |  |
| **Nom :**………….………………….. | **Prénom :**….………………….. | **Téléphone** |

|  |
| --- |
| **N° DE CAF (OBLIGATOIRE) :** |

|  |
| --- |
| **PRELEVEMENT AUTOMATIQUE :  Oui -  Non**  **En cas de réponse positive, remplir une autorisation de prélèvement + RIB-RIP si vous avez changé de compte ou si vous n’avez jamais opté pour le prélèvement.** |

**I - Vaccinations :** (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*)

**Les vaccinations à jour sont obligatoires, sinon joindre un certificat médical datant de moins de 3 moins.**

Votre enfant est-il à jour de sa vaccination DT Polio ? ……………………….(Date)

**II - Renseignements médicaux :**

Pendant l’ALSH si l'enfant suit un **traitement médical,** il faudra le préciser à la Directrice afin qu’un Protocole d’Accueil Individualisé (PAI) soit mis en place le cas échéant.

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant de l’enfant : …………………………………………………………………

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubéole** | **Varicelle** | **Angine** | **Scarlatine** | **Coqueluche** |
| 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non |
| **Otite** | **Rougeole** | **Oreillons** | **Rhumatisme articulaire aigu** | |
| 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | |

**Allergies** : médicamenteuses 🞎 oui 🞎 non asthme 🞎 oui 🞎 non

Alimentaires 🞎 oui 🞎 non autres 🞎 oui 🞎 non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

**III - Recommandations utiles :**

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

**IV – Droit à l’image :**

**Sauf refus écrit de votre part, la participation de votre enfant vaut autorisation de diffusion de son image sur les supports de communication de la commune.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AUTORISATIONS** | **OUI** | **NON** |
|  |  | **Je reconnais que les responsables de l’Accueil Périscolaire et de l’Accueil de Loisirs se réservent le droit d’un renvoi temporaire ou définitif d’un enfant dont le comportement nuirait à la qualité et sécurité de l’encadrement proposé, les frais engagés restant alors à la charge de la famille.** |
|  |  | **Mon enfant sait nager.** |
|  |  | **Mon enfant fait la sieste.** |
|  |  | **J’autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par la commune (sauf soucis médical) ; et son transport sur les lieux d’activités par les moyens en place (Ex : Bus).** |
|  |  | **J’autorise mon enfant à se faire maquiller dans le cadre des activités** |
|  |  | **J’autorise mon enfant à rentrer seul après l’Accueil de Loisirs.** |

**Si la présente fiche n’est pas complétée entièrement, l’inscription ne sera pas prise en compte.**

**Je soussigné(e),** ………………………………………… Responsable légal de l’enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l’accueil périscolaire/du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

**Fait à SAINT HILAIRE LEZ CAMBRAI, le**

**Signature (précédée de la mention lu et approuvé)**

**Une fois, votre portail activé, il faudra y ajouter les vaccinations si cela n’a pas encore été fait (Rubrique Mes Documents).**

**Dans le cas contraire, vous n’aurez pas accès aux réservations.**