

INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE

Année scolaire :

École : Niveau :

Nom :

Prénom :

Sexe : M F Date de naissance :

Adresse complète de résidence :

.....

.....

Courriel pour accès au portail familles :



Responsable légal 1 Lien de parenté : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur	Responsable légal 2 Lien de parenté : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme Nom : Prénom : Date de naissance :	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme Nom : Prénom : Date de naissance :
Adresse complète de résidence (si différente de l'enfant) :	Adresse complète de résidence (si différente de l'enfant) :
Tél domicile :	Tél domicile :
Tél mobile :	Tél mobile :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
Situation de famille : <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <i>Si divorcé ou séparé : fournir un exemplaire complet de la dernière décision de justice concernant l'enfant</i> <i>Dans le cas d'une garde alternée, merci de fournir le calendrier de l'année scolaire signé par les 2 responsables légaux</i>	

Régime professionnel du payeur principal : Général Agricole

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant et à être prévenues en cas d'urgence si les responsables légaux restent injoignables : nom, prénom, lien de parenté (famille, amis, voisins...) :

1. Tél :
2. Tél :
3. Tél :
4. Tél :
5. Tél :
6. Tél :

Cadre réservé à l'administration

Attestation du Quotient Familial
(CAF ou dernier avis d'imposition)

Livret de famille

Certificat des vaccinations obligatoires
(carnet de santé ou certificat médical)

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

MÉDECIN TRAITANT

Nom :
Tél :

ALIMENTATION

Allergies :

- Panier repas (uniquement avec protocole d'urgence)
 Repas substitut au porc (repas végétarien)
 Repas végétarien

ASSURANCE

Nom :
N° de Police :
Date d'échéance :

EN CAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUE

Nom du médecin spécialiste :
.....
Centre hospitalier spécifique :
.....
.....

PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS

(allergies, asthme, épilepsie, traitement, ...)

.....
.....
.....
Ou allergies : alimentaires médicamenteuses
 autres (animaux, pollens, plantes...), précisez :

.....
.....
Joindre le protocole d'urgence précisant les signes évocateurs et la conduite à tenir.

À jour des vaccins suivants :

- pour les enfants nés avant 2018 : antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique
- pour les enfants nés après 2018 : diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP), coqueluche, Infections invasives à haemophilus influenzae de type b, hépatite B, infections invasives à pneumocoque, méningocoque de séro groupe C, Rougeole, oreillons et rubéole.

Copie du carnet de santé à fournir ou certificat médical (rappel de ces vaccins à 6 ans et à 11 ans, pour les enfants nés en 2016 et 2011)

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise mon enfant à recevoir des soins d'urgence et / ou à être hospitalisé. *

Je m'engage à informer la ville de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume de toute modification de ces renseignements. *

** Autorisations obligatoires pour accueillir l'enfant*

J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu des activités à l'issue de l'accueil périscolaire :

Oui, à partir de (préciser l'heure) Non

J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu des activités à l'issue de l'accueil « Les Dragonnets » :

Oui, à partir de (préciser l'heure) Non

J'atteste avoir pris connaissance du règlement des services périscolaires de la Ville de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume.

Nom et prénom du responsable légal faisant la demande :
(date et signature précédées de la mention 'lu et approuvé')