

FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE 2023-2024

Identité de l'enfant

Nom : Prénom Sexe ☐ M ☐ F
Né(e) le : Lieu : Dept :
Etablissement scolaire : Classe :
Assurance scolaire et extrascolaire :
Nom : N° :

Renseignements concernant la famille ou la personne responsable de l'enfant

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (Préciser).....
Nom : Prénom :
Adresse complète :
N° de portable : N° professionnel :
Mail :
Employeur : Profession :

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (Préciser).....
Nom : Prénom :
Adresse complète :
N° de portable : N° professionnel :
Mail :
Employeur : Profession :

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (Préciser).....
Nom : Prénom :
Adresse complète :
N° de portable : N° professionnel :
Mail :
Employeur : Profession :

Situation des parents :

☐ Mariés ☐ Pacsés ☐ En concubinage ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve)

Règlement intérieur des services du Syndicat :

En inscrivant mon enfant aux services péri et extrascolaire du syndicat, je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur consultable sur le site internet du syndicat et sur l'espace familles l'Noé et m'engage à le respecter.

A Le
Signature :

Renseignements pour la facturation :

● Pour une garde alternée, la facturation sera faite au ☐ Père ☐ Mère ☐ tuteur/famille d'accueil

Préciser la fréquence : ☐ à l'année ☐ semaine ➔ ☐ paire ☐ impaire

☐ autres

J'autorise la gestionnaire à consulter les services de prestations familiales pour connaître mon QF ☐

En l'absence de transmission du QF ou de cette autorisation, le tarif plein sera appliqué.

La mise en place d'un contrat de prélèvement automatique est possible. Pour cela, merci de compléter les documents suivants et de les retourner au Syndicat accompagnés d'un RIB : Mandat de prélèvement SEPA, Demande de prélèvement, contrat de prélèvement automatique.

● Régime : ☐ CAF ☐ MSA N° d'allocataire : **QUOTIENT FAMILIAL** :

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant :

Avez-vous droit aux bons vacances ? : ☐ Non ☐ Oui Veuillez nous fournir la copie de la carte vacances

Les autorisations parentales (obligatoire)

1 - sortie de l'accueil :

Je soussigné : Responsable de l'enfant :

☐ Autorise mon enfant à quitter seul l'accueil périscolaire ou et extrascolaire à partir de (précisez l'horaire)
Heure :

☐ Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à l'accueil

Nom et prénom	Qualité	Téléphone

☐ Autorise mon enfant à prendre le bus du soir à : ☐ 16h ☐ 17h

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

2 - Activités pédagogiques et usage de photos ou film dans le cadre des activités de l'accueil périscolaire et extrascolaire :

Je soussigné : Responsable de l'enfant :

☐ Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités de l'accueil périscolaire et extrascolaire y compris les visites et sorties extérieures avec transport en commun et/ou minibus de la structure.

☐ Autorise le personnel de l'accueil à prendre des photos ou à filmer mon enfant. Ces photos ne pourront servir que dans le cadre d'expositions, d'activités basées sur l'image, de communication interne ou externe du Syndicat des écoles de la région de Garlin (plaquettes de communication, journaux etc)

A Le

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (document confidentiel)	L'ENFANT :	
	Nom Prénom :	
	Date de naissance :	
	Lieu de naissance :	
	Adresse complète :	
		Nom et téléphone du médecin traitant :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom	Qualité	Téléphone

Vaccinations (joindre les photocopies)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Haemophilus	
				Autres (Préciser)	

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical durant sa présence à l'accueil ou bénéficie-t-il d'un PAI : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une copie du PAI et de l'ordonnance récente. (Aucun médicament ne sera pris sans ordonnance)

Allergies : MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non

ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non

AUTRES (animaux, pollen... ☐ Oui ☐ Non Précisez :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir
INDIQUEZ CI-APRÈS, LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Recommandations utiles des parents :

Port de lunettes, lentilles, appareil auditif, dentaire, comportement de l'enfant etc....

.....
.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature

DOSSIER A RETOURNER COMPLET AVANT LE

..... AVEC :



PIECES A FOURNIR

☐ Signatures des deux feuilles du dossier

☐ Signature du règlement intérieur

☐ **ATTESTATION D'ASSURANCE**

Nous attirons votre attention sur l'importance de souscrire à une assurance individuelle pour votre enfant couvrant les dommages sans tiers.

☐ **ADRESSE MAIL VALIDE pour l'accès à l'espace familles :**

Au minimum 1 adresse par famille. Pour les parents en garde alternée, il faut une adresse par parent.

☐ La photocopie des vaccinations

☐ La copie des ordonnances des traitements médicaux réguliers susceptibles d'être pris sur le temps périscolaires - PAI

☐ En cas d'allergie déclarée sur la fiche sanitaire du dossier d'inscription, veuillez nous fournir un certificat médical attestant de cette allergie.

☐ **LA CARTE D'IDENTITE VACANCES CAF OU MSA**
(si bénéficiaire)

☐ **VOTRE NUMERO D'ALLOCATAIRE CAF OU MSA même si**
vous ne percevez plus de prestations

☐ **VOTRE QUOTIENT FAMILIAL OU AVIS D'IMPOSITION**
2023 SUR LES REVENUS 2022

☐ Formulaire de prélèvement automatique