



# LES P'TITS LOUPS

Dossier d'inscription

2020 / 2021

Pour l'ensemble des accueils de la commune

(Cantine – garderie du matin – périscolaire du soir – vacances scolaires – mercredis récréatifs)

## INFORMATION ENFANT 1

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
Ecole ?	<input type="text"/>	Classe ?	<input type="text"/>

## INFORMATION ENFANT 2

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
Ecole ?	<input type="text"/>	Classe ?	<input type="text"/>

## INFORMATION ENFANT 3

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
Ecole ?	<input type="text"/>	Classe ?	<input type="text"/>

## RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

<b>Situation des parents :</b> <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) * <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)		
*restriction en cas de divorce :		
(Joindre une pièce administrative indiquant le parent responsable de l'enfant ou des enfants)		
<b>PARENT 1 / RESPONSABLE LEGAL</b>	<b>PARENT 2</b>	
Nom : .....	Nom : .....	
Prénom : .....	Prénom : .....	
Adresse : .....	Adresse : .....	
.....	.....	
Tel domicile : __ / __ / __ / __ / __	Tel domicile : __ / __ / __ / __ / __	
Tel portable : __ / __ / __ / __ / __	Tel portable : __ / __ / __ / __ / __	
e-mail : _____@_____	e-mail : _____@_____	
Mail utilisé pour le futur Espace Famille OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Mail utilisé pour le futur Espace Famille OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
(1 seul mail / compte pour l'espace famille)	(1 seul mail / compte pour l'espace famille)	
Profession : .....	Profession : .....	
Employeur : .....	Employeur : .....	
Tel professionnel : __ / __ / __ / __ / __	Tel professionnel : __ / __ / __ / __ / __	
Caisse d'allocation : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre*		
N° d'allocataire : .....	*Précisez : .....	

### AUTORISATIONS (Personnes autorisées à récupérer votre / vos enfant(s) (merci de classer par priorité)) :

NOMS Prénoms	QUALITE (membre de la famille, nourrice et amis)	Adresse complète	Numéros de téléphone	A prévenir en cas d'urgence si nous n'arrivons pas à vous joindre ?
				Oui / Non
				Oui / Non
				Oui / Non
				Oui / Non

### PIECES A FOURNIR

- ✓ Fiche sanitaire complétée (une par enfant), photocopie du carnet de santé si nécessaire,
- ✓ copies des ordonnances des traitements en cours
- ✓ L'attestation de l'assurance civile **extra-scolaire**
- ✓ Le ou les derniers avis d'imposition ou de non-imposition complets,
- ✓ La notification « Aides Aux Temps Libres » de la CAF

Pour info, les chèques vacances sont acceptés pour l'accueil de loisirs.

Les CESU sont acceptés pour les mercredis récréatifs, l'accueil périscolaire, ACM (vacances).

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020 – 2021**

**ENFANT :** .....

**MEDECIN TRAITANT :** ..... N° tel : .....

Adresse : .....

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination)

VACCINS	Date du dernier rappel	VACCINS	Date du dernier rappel
Rougeole – Oreillons – Rubéole (ROR)		Méningite	
Diphtérie – tétanos – Coqueluche (Dcat)		Neisvac	
Pneumocoque		BCG	
Poliomyélite		Varicelle	
Hépatite B		Tétracoque	

**L'enfant suit-il un traitement médical ?** OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE DATEE ET SIGNEE DU MEDECIN**

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

Rubéole	Rougeole	Coqueluche	Varicelle	Oreillons	Otite	Angine	Scarlatine	RHUMATISME ARTICULAIRE
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :**

ALIMENTAIRES	MEDICAMENTEUSES	ASTHME
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

---



---



---

**Restrictions alimentaires (sans porc, végétarien, PAI...) :** .....

**Les difficultés de santé, recommandations utiles des parents (lunettes, appareil, opération, hospitalisation...) :**

---



---



---

Signature :

## DECHARGE DE RESPONSABILITE

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

Et m'engage à rembourser le cas échéant à la commune, les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.

Par ailleurs :

- Je certifie exacts l'ensemble des renseignements portés dans ce dossier,
- J'ai bien pris note que mon enfant est sous la responsabilité du directeur uniquement lorsqu'il se trouve dans l'enceinte de la structure
- J'autorise l'organisateur à utiliser dans le cadre pédagogique des photos et vidéos de mon ou mes enfant(s) pendant les activités : publication : Suippes info, bulletin municipal, site internet, Facebook ...
  - Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photo ou filmé, il vous appartient de joindre une lettre indiquant votre refus.
- Si vous souhaitez que votre enfant rentre seul après le périscolaire, mercredis récréatifs... il vous appartient de faire un courrier le spécifiant.
- J'autorise mon enfant à être transporté en minibus si nécessaire ou en bus (transport du midi et lors des sorties des ACM)
- Je consens à l'informatisation des données par la commune de Suippes à des fins strictement confidentiel
- Je souhaite recevoir ma facture par mail
- Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs et à m'y conformer

Fait à Suippes, le .....

Signature des parents