VILLE DE BRUYERES

FICHE D'INSCRIPTION

CANTINE - ACTIVITES - PERISCOLAIRE

A remettre au Service Pôle Jeunesse 12 avenue Chanzy 88600 BRUYERES

Contact service jeunesse : 03.29.50.54.98 ou **mail :** servicejeunesse.bruyeres@gmail.com

Document téléchargeable sur le portail famille de la ville de Bruyères : ville-bruyeres.portail-defi.net

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT l'ENFANT

Nom : ……Prénom : …….

Age : ……..Date et lieu de naissance ……

Adresse : ……

Classe : ……...

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Numéro d'Allocataire CAF : ……Caisse d'appartenance CAF ……

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Père ☐ mère ☐ autre ☐	Père ☐ mère ☐ autre ☐
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
_____	_____
Email : _____	Email : _____
Employeur : _____	Employeur : _____
Tel travail : _____	Tel travail : _____
Tel domicile : _____	Tel domicile : _____
Tel portable : _____	Tel portable : _____

Autre personne légale (personne physique ou morale) :

Organisme :…….

Lien avec l'enfant : ……

Adresse : ……

Téléphone domicile : ……..Téléphone portable……

Adresse mail : ……..

Autorité parentale OUI NON

Pièces à fournir :

- ☐ **Copie des Vaccinations (photocopie Carnet de santé)**
- ☐ **Copie du Livret de famille**
- ☐ **Copie Justificatif de domicile**
- ☐ **Dérogation de la commune de résidence pour les non Bruyérois**

AUTORISATION

Je soussigné (e), Monsieur ou Madame……, père, mère, tuteur de l'enfant : ……

AUTORISE mon (mes) enfants (s)

NOM, prénom …… âge ……

…….. ……

- **à quitter le service périscolaire** accompagné(es) des personnes dont les noms suivent :

NOM	PRENOM	TELEPHONE

- **L'autorisation de prise de photos**
  J'autorise le personnel de l'accueil de loisirs à prendre en photo mon enfant et d'exploiter ce support photographique à des fins pédagogiques, bulletin mensuel et/ou annuel de la commune

  OUI ☐ NON ☐

- **le transport** de mon enfant au Centre Hospitalier le plus proche,
  OUI ☐ NON ☐

- **les interventions médicales et chirurgicales** sur mon enfant en cas d'urgence.
  OUI ☐ NON ☐

FICHE SANITAIRE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR VOTRE ENFANT, ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE

NOM :……**PRENOM** : ……**Date de naissance** :……

VACCINATION : Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
RUBEOLE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			OTITE		
VARICELLE			SCARLATINE			ROUGEOLE		
ANGINE			COQUELUCHE			OREILLONS		

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire : ☐ OUI ☐ NON

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le centre de loisirs ? OUI ☐ NON ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants ***(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).*** Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES :

- ALIMENTAIRE : ☐ OUI ☐ NON Précisez ……
- TYPE DE REPAS Classique ☐ Sans porc ☐ Autre : ……

- ASTHME : ☐ OUI ☐ NON
- MEDICAMENTEUSES : ☐ OUI ☐ NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

……
……

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

……
……

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc… précisez :

.....
.....

NOM DU MEDECIN REFERENT DE FAMILLE : ……Téléphone :……

RENSEIGNEMENT ET MESURES EN CAS D'URGENCE :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné : NOM ……..PRENOM ……

Certifie l'exactitude des renseignements complétés par mes soins dans ce dossier et m'engage à signaler immédiatement toute modification au service Pôle Jeunesse et autorise la commune de Bruyères à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A……LE……

SIGNATURE DU (des) PARENTS **SIGNATURE DU RESPONSABLE**

Vous disposez d'un droit d'accès de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Article 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004).