



## 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](mailto: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

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>
Quotient familial <b>(Obligatoire)</b> : .....	Quotient familial <b>(Obligatoire)</b> : .....
Numéro d'Allocataire CAF <b>(Obligatoire)</b> : .....	Numéro d'Allocataire CAF <b>(Obligatoire)</b> : .....
Caisse d'appartenance CAF : Nom : _____	Caisse d'appartenance CAF : 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 Justificatif de domicile

**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

**ATTENTION , pour toutes allergies alimentaires, le PAI doit être donné obligatoirement.**

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).*