



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

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 (Obligatoire) :	Quotient familial (Obligatoire) :
Numéro d'Allocataire CAF (Obligatoire) :	Numéro d'Allocataire CAF (Obligatoire) :
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 : NOMPRENOM

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).