



ANNÉE SCOLAIRE 2021-2022

L'ENFANT

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

- MATERNELLE
- PRIMAIRE

NOM : _____
Prénom : _____
Né(e)le : _____
École : _____
Classe : _____

MON ENFANT FREQUENTERA :
 Accueil Périscolaire (16h30, après l'école) Accueil de loisirs du mercredi
 Accueil de loisirs des vacances scolaires (Fermeture annuelle aux vacances de Noël)

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

NOM : _____
Prénom : _____
Agissant en qualité de mère / père
Profession : _____
Employeur : _____
Votre Adresse :

Téléphone fixe : _____
Téléphone professionnel : _____
Mobile : _____
Courriel : _____

NOM : _____
Prénom : _____
Agissant en qualité de mère / père
Profession : _____
Employeur : _____
Votre Adresse :

Téléphone fixe : _____
Téléphone professionnel : _____
Mobile : _____
Courriel : _____

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (si besoin en ajouter sur papier libre joint au dossier)

NOM : _____
Prénom : _____
Téléphone fixe : _____
Mobile : _____

NOM : _____
Prénom : _____
Téléphone fixe : _____
Mobile : _____

NOM : _____
Prénom : _____
Téléphone fixe : _____
Mobile : _____

NOM : _____
Prénom : _____
Téléphone fixe : _____
Mobile : _____

Mon enfant est en primaire (interdit aux enfants de maternelle) :
J'autorise mon enfant à quitter seul le Périscolaire .
J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs du mercredi et vacances scolaires .



RENSEIGNEMENTS D'URGENCE (en cas d'urgence, si autres que parents, prévenir...)

NOM : _____ en qualité de : _____ N° : _____

NOM : _____ en qualité de : _____ N° : _____

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS OBLIGATOIRES

Quel est votre régime d'appartenance :

Régime Général : MSA : Autres : _____ (Précisez)

Allocataire Caf de Beauvais : oui - non, si oui N° _____

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant : _____

Assurance couvrant l'enfant : _____

Adresse Mail unique pour toute Correspondance

Pour toute correspondance et envoi de facture, merci de préciser ici l'adresse que vous souhaitez que l'on utilise :

_____ @ _____

SIGNATURE D'UN RESPONSABLE LÉGAL

- J'autorise les prises de vues et l'utilisation des images de mon enfant par « la commune de Choisy-au-Bac ; Service Communication »
- J'autorise dans le cadre des sorties, le transport en bus ou en mini bus municipale.
- J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale pour mon enfant.
- Je déclare exacts tous les renseignements et informations susvisés et m'engage à respecter les règles de fonctionnement des différents services et à prévenir en cas d'absence ou de difficulté particulière.
- J'autorise le gestionnaire, dans le cadre des contrôles caf, à conserver ce dossier et les documents à fournir qui l'accompagne, durant 5 ans.

Fournir avec ce dossier :

- Copie complète de votre dernière feuille d'imposition
- Attestation d'assurance civile au nom de l'enfant (copie)
- Une photo format identité (uniquement pour accueil périscolaire et mercredi)
- La Fiche Sanitaire ci-jointe, remplie, signée + copie des vaccins du carnet de santé si vous n'avez pas rempli les vaccins et autres copies (pai, suivis médicaux spécifiques...)

À Choisy-au-Bac, le _____

Signature

Cadre réservé à l'administration : Impôt ou livret de famille Assurance Photo

Ressources de la famille : _____

_____ et _____ enfants à charge.

Tarifs : Périscolaire _____ / heure CLSH : _____ / heure Repas CLSH : _____ / repas

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____ PRENOM : _____
Date de naissance : _____ Sexe : garçon fille

Type de repas : Normaux -- Sans porc-- sans viande-- autre : _____

1- Vaccinations (remplir à partir du carnet de santé ou de vaccinations de l'enfant **OU joindre photocopie**)

<i>Vaccins</i>	<i>Vaccins pratiqués (nom du vaccin)</i>	<i>Date dernier vaccin ou rappel</i>	<i>Date du prochain rappel</i>
Polio	_____	_____	_____
Diphtérie	_____	_____	_____
Tétanos	_____	_____	_____
Coqueluche	_____	_____	_____

BCG : Date de vaccination : _____

Date du dernier Mono test _____ Mono test (+) Mono test (-)

Hépatite B : Injection n°1 date : _____

Injection n°2 date : _____

Injection n°3 date : _____

ROR : Injection n°1 date : _____ Injection n°2 date : _____

2- Renseignements médicaux concernant l'enfant (cocher les maladies que l'enfant a déjà eues)

RUBEOLE OUI NON COQUELUCHE OUI NON

VARICELLE OUI NON OREILLONS OUI NON

ROUGEOLE OUI NON SCARLATINE OUI NON

LUNETTE OUI NON si oui, consignes _____

Difficultés de santé à signaler (allergies, maladies, crises convulsives, asthme, hospitalisations, opérations, rééducations...)

L'enfant est-il bénéficiaire d'un PAI : OUI NON (si oui joindre impérativement une copie de celui-ci afin que soit mis en place un protocole d'accueil spécifique)

L'enfant souffre-t-il de troubles du langage et ou d'apprentissage et ou de l'attention :
 OUI NON (si oui merci de joindre une note explicative)

L'enfant est-il en situation de handicap (MDPH) : OUI NON (si oui joindre une copie)

L'enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH : OUI NON

ET/OU d'un PAI lié à l'handicap : OUI NON (si oui joindre impérativement une copie)

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...) reconnues nécessaires par l'état de l'enfant.

Et en cas d'urgence prévenir _____ Au (téléphone) : _____

Date : _____ Signature :