

**Fiche d'inscription: ACM Péricolaire 2021/2022.**

**ECOLE FREQUENTEE :.....**

**Photocopies à fournir :**

- du livret de famille et d' un justificatif de domicile de moins de 3 mois.
- pour les parents séparés, si nécessaire , fournir sous enveloppe fermée, tout document concernant le droit de garde.
- Attestation de quotient familial si inférieur à 617 et attestation d'assurance

Nom :	Prénom :	né(e) le :	Sexe : M ou F
-------	----------	------------	---------------

*\*Cocher 1°ou 2°*

**1°) Inscription régulière à l'année:( compléter le tableau )\*** ou **2°) Inscription ponctuelle: ( )\***

lundi matin <input type="checkbox"/>	mardi matin <input type="checkbox"/>	jeudi matin <input type="checkbox"/>	vendredi matin <input type="checkbox"/>
lundi soir <input type="checkbox"/>	mardi soir <input type="checkbox"/>	jeudi soir <input type="checkbox"/>	vendredi soir <input type="checkbox"/>

	<b><u>PERE</u></b>	<b><u>MERE</u></b>
<b>Nom</b>		
<b>Prénom</b>		
<b>Adresse</b>		
<b>N° de téléphone</b>		
<b>Situation familiale</b>		
<b>N° allocataire CAF</b>		
<b>Nom+ adresse de l'employeur</b>		
<b>N° de téléphone professionnel</b>		
<b>Personnes autorisées à reprendre l'enfant ( adresse et n° de téléphone)</b>	<b><u>1)</u></b>	<b><u>2)</u></b>
	<b><u>3)</u></b>	<b><u>4)</u></b>

**Autorisation photos:**

Nous, Monsieur \_\_\_\_\_ et Madame \_\_\_\_\_ autorisons, la mairie à utiliser, pour ses supports de communication (site internet, journaux ...), les photos qui pourraient être prises dans le cadre des activités du service (des temps péricolaires) et qui feraient apparaître mon enfant.

Nous, soussignés,déclarons avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement

**Date :**

**Signature des parents**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ACM Périscolaires 2021-2022

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant. Merci de nous indiquer tout changement au cours de l'année.*

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
diphtérie				Hépatite B	
tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> tétracoq				Autres (préciser)	

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

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubeole	Varicelle	Angine	Oreillons	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Rhumatisme Articulaire Aigu Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

**Allergies** : ASTHME oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

**Attention si traitement**, l'accueil se fera , après la mise en place du protocole d'accueil individualisé (PAI)

---

---

---

**Indiquez ci-après :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

L'enfant suit-il un **traitement médical**? oui  non

***Problèmes médicaux nécessitant une prise en charge particulière . L'accueil se fera dans ce cas, après la mise en place du protocole d'accueil individualisé (PAI).***

**Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Parent 1 NOM: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Portable : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

Parent 2 NOM: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

**Autorisation d'hospitalisation:**

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Nous ,soussignés, Madame, Monsieur \_\_\_\_\_  
domiciliés au \_\_\_\_\_

Autorisons l'hospitalisation, l'anesthésie de notre fille/fils \_\_\_\_\_  
au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir  
une intervention chirurgicale.

Seul le médecin du SAMU prend la décision du lieu d'hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale du parent :** \_\_\_\_\_

A Loos-en-Gohelle , le \_\_\_\_\_

SIGNATURE