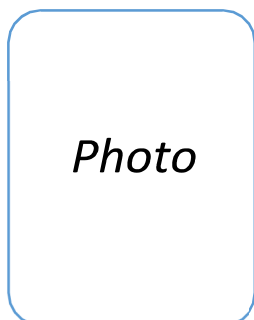


2022/2023



Nom

Prénom

Date de naissance : /.... /....

Ecole.....

Votre enfant est scolarisé sur la commune et / ou concerné par :

ALSH du mercredi

ALSH

Restauration scolaire

Garderie

Etudes surveillées

Constitution du dossier

Pour une 1^{ère} inscription aux activités proposées par la ville, merci d'envoyer sur portailfamille@sainghin-en-weppes.fr :

- Le nom, prénom et date de naissance de l'enfant ainsi que l'école fréquentée
- Le nom, prénom et numéro de téléphone du ou des responsables légaux
- Que vous autorisez la ville à transmettre toutes informations relatives au portail famille.

(Vous avez toutefois la possibilité de remplir le bulletin d'inscription périscolaire et extrascolaire téléchargeable sur le site de la ville ou de le retirer à l'accueil de la mairie.)

La fiche sanitaire de liaison à la page 4

Photocopie du carnet de vaccination

P.A.I (en cas d'allergie alimentaire ou toutes particularités nécessitant un accueil individualisé, un PAI devra être établi par le médecin)

Autorisation de prélèvement automatique à télécharger sur le site de la ville ou à retirer en mairie et un RIB (le cas échéant)

FICHE UNIQUE ENFANT

2022-2023

ENFANT :

Nom :

Garçon

Fille

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse de l'enfant :

Ville :

Ecole : Enseignant(e) :

Classe :

RESPONSABLE(S) LEGAL (AUX)

Père

Mère

Tuteur

Situation familiale : Marié Pacsé Divorcé Séparé Union libre Autres

Nom : Prénom :

Profession :

Adresse : Code postal :

Ville :

Téléphone fixe : / / / / portable : / / / /

Téléphone professionnel : / / / /

Adresse E-mail :

Assurance Civile : N° :

RESPONSABLE (S) LEGAL (AUX)

Lien de parenté :

Nom : Prénom :

Profession :

Adresse : Code postal :

Ville :

Téléphone fixe : / / / / portable : / / / /

Téléphone professionnel : / / / /

Adresse E-mail :

Assurance Civile : N° :

N° allocataire CAF ou MSA (obligatoire) :

Nom et numéro d'assurance personnelle (obligatoire) :

Quotient Familial :

AUTORISATIONS PARENTALES

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul (seulement pour les plus de 6 ans) : oui non

Personnes majeures susceptibles d'être contactées en cas d'urgence et/ou de pouvoir récupérer l'enfant (autres que les représentants légaux) :

➤ Lien avec l'enfant :

Nom et prénom : Téléphone:...../...../...../...../.....

➤ Lien avec l'enfant :

Nom et prénom : Téléphone:...../...../...../...../.....

➤ Lien avec l'enfant :

Nom et prénom : Téléphone:...../...../...../...../.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom et adresse du médecin traitant :

Régime alimentaire particulier :

Personne à prévenir en cas d'accident : Trouble de santé

(pathologies chroniques, intolérances alimentaire, allergie) : PAI

→Merci de retirer le document PAI en mairie et de joindre un certificat médical et / ou une ordonnance.

AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e) Père, Mère, Tuteur, responsable légal de l'enfant
.....

	OUI	NON
Autorisation de photos : autorise l'équipe à prendre en photos mon enfant à des fins pédagogiques (activités, presse, internet...).		
Autorisation de transport et sortie : autorise le personnel à sortir mon enfant par un moyen de transport collectif.		
Autorisation d'administration de médicament : autorise le personnel à administrer les médicaments prescrits par le médecin et sur présentation d'une ordonnance.		
Autorisation d'urgence : autorise le personnel à prendre les mesures d'urgences nécessaires (hospitalisation, pompiers, SAMU...).		
Autorisation de transmission d'informations : autorise la collectivité à utiliser l'adresse E-mail pour toutes correspondances relatives aux activités de la commune. (portail famille, notification de factures, informations diverses, ...)		

Votre enfant est-il en possession d'une Carte Nationale d'Identité Valide ? oui non

La signature du présent document engage le représentant légal à informer la municipalité de toutes modifications de renseignements ou coordonnées relatives à l'enfant.

Fait à, le / /

Signature des responsables légaux ou du tuteur



Code de l'action sociale et des familles
Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant : fille garçon Date de naissance : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Accueil :
 séjour de vacances
 accueil de loisirs
 séjour dans une famille

Dates du séjour : _____

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Dernier rappel	Vaccins recommandés	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Polioomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. *Nota :* le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? oui non
 Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Variole	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
 alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : _____

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

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse pendant le séjour : _____

Tél. domicile : _____ travail : _____

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) : _____

Le soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : _____

Date : _____

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur : _____

Observations : _____

