



# Année Scolaire 2021-2022

## Dossier d'inscription aux services périscolaires

### FICHE D'INSCRIPTION DE L'ÉLÈVE

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : M  F

Lieu de naissance : .....

Classe 2021-2022: .....

S'il bénéficie d'une dérogation scolaire (Cocher ici)

Photo à fournir en  
pièce jointe  
uniquement pour les  
nouveaux arrivants

### SERVICES PÉRISCOLAIRES DE LA COMMUNE

Merci de vous reporter à la page " Informations 2021-2022 avant de cocher  
les cases correspondantes à votre choix

Restaurant scolaire	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Fréquentation au planning
					Fournir obligatoirement le planning avant le 25 du mois précédent ou le jeudi précédant la semaine de fréquentation
Régime alimentaire : (à préciser)			Allergie alimentaire : (Fournir un certificat médical)		
Votre enfant bénéficie d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) : Oui					
Un P.A.I doit être reconduit chaque année scolaire : le dossier est à demander à la Directrice de l'école.					

Transport scolaire	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	N'oubliez pas de procéder à l'inscription (obligatoire) sur le portail du Conseil Régional : <a href="http://www.remi-centrevalde Loire.fr">www.remi-centrevalde Loire.fr</a> avant le 15 juillet 2021
Aller					
Retour					
Arrêt:	(nom de l'arrêt à préciser)		<input type="checkbox"/> CIRCUIT 1	<input type="checkbox"/> CIRCUIT 2	

### AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) M./Mme ..... responsable légal autorise mon (mes) enfant(s) agé(s) de 7 ans et plus : .....  à rentrer seul au domicile à la descente du car.

Fait à ....., le .....

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :

(Indiquer Nom et Prénom, valant signature)



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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 suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui non	oui non	oui non	oui non	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

**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.**)

---

---

---

---

---

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

---

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---