

Commune de **VILLEDIEU-LE-CHATEAU**

- Cochez la ou les cases
- RESTAURANT SCOLAIRE
 - ALSH PRE ET POST SCOLAIRE
 - ALSH VACANCES SCOLAIRES
 - MERCREDIS

FICHE D'INSCRIPTION 2020-2021

ENFANT :

Nom : Prénom : Age :

Adresse : Classe :

PERE – Nom et Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. portable :

Adresse mail :

Nom et adresse de l'employeur (obligatoire) :

.....

Tél. employeur :

- Régime général** (Tous les salariés des entreprises privées, travailleurs indépendants, Artisans, Commerçants, Agent des collectivités locales, Commissariat de l'énergie atomique, Banque de France, Office National des Forêts)
- Autres (MSA)**

MERE – Nom et Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. portable :

Adresse mail :

Nom et adresse de l'employeur (obligatoire) :

.....

Tél. employeur :

- Régime général** (Tous les salariés des entreprises privées, travailleurs indépendants, Artisans, Commerçants, Agent des collectivités locales, Commissariat de l'énergie atomique, Banque de France, Office National des Forêts)
- Autres (MSA)**

Caisse de rattachement CAF :

Nom de l'allocataire :

N°allocataire :

Je soussigné..... autorise le responsable à consulter mon quotient familial sur le service internet CAFPRO dans le cadre de la facturation.

Commune de VILLEDIEU-LE-CHATEAU

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

En cas d'accident, le restaurant scolaire ou le ALSH s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

Lien de parenté : Père, Mère, Tuteur, Assistante maternelle, Grands-parents (*rayez les mentions inutiles*)

Nom et Prénom :
Adresse :
Tél. Domicile : Tél. portable :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles, elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

ENFANT :

Nom : Prénom :
Sexe (1) : Garçon Fille Date de naissance : / /
Taille : Poids : Pointure :

Votre enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?

Oui Non

Porte-t-il (elle) des lunettes de vue (1) ? Oui Non
Porte-t-il (elle) un appareil dentaire (1) ? Oui Non
Porte-t-il (elle) un appareil auditif (1) ? Oui Non
Activité (s) pratiquée (s) par l'enfant habituellement :

Existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ? :

Si oui, lesquelles ? :

VACCINATIONS

Joindre obligatoirement les photocopies correspondantes au carnet

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (1) :

Rubéole	oui	non	Oreillons	oui	non
Varicelle	oui	non	Otites	oui	non
Rougeole	oui	non	Angine	oui	non
Scarlatine	oui	non	Rhumatismes	oui	non
Coqueluche	oui	non	Pollomyélite	oui	non
Diphtérie	oui	non	Tétanos	oui	non

ALLERGIES

Asthme oui non Alimentaire oui non
Médicamenteuses oui non Autres oui non

Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir :

Commune de VILLEDIEU-LE-CHATEAU

AUTRES DIFFICULTES DE SANTE (indiquez les dates)

- Maladie :
- Accident :
- Crises convulsives :
- Hospitalisation :
- Opérations :
- Rééducations :

RECOMMANDATION DES PARENTS :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement (1) ? oui non

Si oui, lequel ? :

Y a t'il un PAI de mis en place ? oui non

Si oui, merci de fournir une photocopie

L'enfant suit-il un régime alimentaire ? oui non

Précisez :

PRECISIONS :

Responsable de l'enfant (1) : Père Mère Autre :

Nom : Prénom :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone domicile : Portable :

Téléphone travail :

MEDECIN

Nom du médecin : Tél. :

Adresse :

Ville : Code postal :

(1) Rayer la ou les mention(s) inutile(s)

« Lu et approuvé, bon pour accord du règlement »

Fait à Villedieu-Le Château, le

.....

Signature

Commune de VILLEDIEU-LE-CHATEAU

FICHE D'URGENCE

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. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

N° SS :

Adresse sur centre de sécurité sociale :

N°, nom et adresse de l'assurance scolaire (joindre photocopie de l'attestation) :

.....

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je (nous) soussigné(e)(s), Monsieur et/ou Madameautorise(ons)

L'anesthésie de mon (ma) fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Fait à Villedieu-Le Château, le

.....

Signature

AUTORISATION PARENTALE

Je (nous) soussigné(e)(s), Monsieur et/ou Madameautorise(ons)

le centre de loisirs et le restaurant scolaire à prendre mon (notre) enfant en photographie durant une sortie, une activité, un goûter, etc en portrait et/ou en groupe et faire paraître les photographies dans le journal communal.

Je (nous) dépose (erons) et je (nous) reprends (rons) mon (notre enfant) auprès du personnel d'encadrement comme prévu sur le programme, dans le cas contraire, j' (nous) autorise (ons) :

Nom Prénom : à venir chercher mon (notre) enfant, précisez le lien de parenté

Mon enfant à faire les voyages seul sous mon (notre) entière responsabilité **rajouter son age minimum pour partir seul**

Fait à Villedieu-Le Château, le