

FICHE – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

VACCINATIONS :

Nous soussignés certifions que **notre enfant est à jour des vaccinations obligatoires.**

→ Joindre **obligatoirement** une copie des pages des vaccinations du carnet de santé

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Groupe sanguin		
L'enfant est-il hémophile ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Est-il sujet à des malaises particuliers ?	<input type="checkbox"/> oui Si oui, lesquels :	<input type="checkbox"/> non
A-t-il une allergie ?	<input type="checkbox"/> oui Si oui laquelle :	<input type="checkbox"/> non
A-t-il été victime d'un accident ou d'une maladie particulière récemment ?	<input type="checkbox"/> oui Si oui, le(la)quel(le) :	<input type="checkbox"/> non
L'enfant est-il apte à pratiquer des activités sportives ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
L'enfant a-t-il un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> oui Si oui lequel : Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)	<input type="checkbox"/> non

 **Le personnel n'administre pas de médicaments s'il n'y a pas de PAI, même avec une ordonnance**

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

RUBEOLE	VARICELLE	RHUMATISME ARTICULAIRE	ANGINE	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

Autres renseignements :

Cachet et signature du médecin : **ou** **Signature des parents :**

FICHE INSCRIPTION ANNUELLE - FOLLIGNY GARDERIE - CANTINE - CENTRE DE LOISIRS (mercredis et vacances)

Valable du 1er septembre 2022 au 31 août 2023

Merci de bien vouloir vérifier les données préremplies (les modifier en rouge si besoin) et compléter l'intégralité du dossier avant de le déposer à la mairie de Folligny.

Vous devez joindre à ce dossier les documents suivants :

- Attestation d'assurance
- Attestation de votre caisse d'allocation (CAF, MSA. . .) comportant votre numéro d'allocataire et votre quotient familial
- Copie des pages des vaccinations du carnet de santé
- Copie du livret de famille (toutes les pages)

 **Les dossiers incomplets ne seront pas acceptés**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENFANT

Classe :

NOM :

PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : /

N° de sécurité sociale

Assurance périscolaire (Nom de la compagnie + n° du contrat) :

.....

 **Joindre une attestation d'assurance**

REGIME ALLOCATAIRE

- Je ne perçois pas d'allocations
- Je perçois des allocations

N° d'allocataire :

REGIME (CAF, MSA. . .) :

Quotient familial :

 **Joindre une attestation sur laquelle est indiquée le numéro d'allocataire et le quotient familial**

La commune de Folligny traite les données collectées pour votre inscription à l'accueil collectif de mineurs (ACM) sur les temps périscolaires et extrascolaires. Ce dispositif s'inscrit dans le cadre de sa mission de service public de l'éducation et la politique de la petite enfance. L'inscription au centre ALSH prévoit le recueil obligatoire des données qui sont nécessaires au traitement de la demande. Ces données sont destinées au secrétariat de la mairie, au personnel de l'ALSH, au Trésor Public. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la mairie de Folligny. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

REPRESENTANTS LEGAUX

PARENT 1

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....Code postal et commune :

Téléphone domicile (fixe) :

Portable :

Mail :

Profession :

Employeur (nom + adresse) :

.....

Téléphone professionnel :

PARENT 2

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal et commune :

Téléphone domicile (fixe) :

Portable :

Mail :

Profession :

Employeur (nom + adresse) :

Téléphone professionnel :

Situation familiale
(Mariés, divorcés, vie
maritale. . .) :

.....

.....

En cas de séparation,
merci de préciser le
destinataire de la
facture :

Parent 1

AUTORISATION DE DEPART / PERSONNES A PREVENIR

- Autorise le responsable du centre de loisirs à contacter les personnes suivantes en cas d'urgence et/ou à confier notre enfant aux personnes suivantes** quand nous serons dans l'impossibilité de venir les chercher
(Celles-ci devront être munies d'une pièce d'identité) :

Ne pas oublier
d'indiquer les
numéros de
téléphone

Nom/prénom :	Nom/prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Téléphone :	Téléphone :
A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>	A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>
Autorisé à reprendre l'enfant <input type="checkbox"/>	Autorisé à reprendre l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom/prénom :	Nom/prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Téléphone :	Téléphone :
A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>	A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>
Autorisé à reprendre l'enfant <input type="checkbox"/>	Autorisé à reprendre l'enfant <input type="checkbox"/>

- Autorise mon enfant de plus de 7 ans à repartir seul** à la fermeture de l'ALSH.

C'est ma responsabilité, les animateurs des services périscolaires ne pourront être tenus responsables des problèmes et/ou accidents qui surviendraient dès sa sortie du service, sur le parcours du retour.

- Ne l'autorise pas à rentrer seul**

2/4

DECHARGES ET AUTORISATIONS DE SORTIES

Nous soussignés, responsable de l'enfant (Nom et prénom) :

AUTORISONS :

- oui non - Notre enfant à participer aux différentes activités organisées par les services périscolaires (centre de loisirs, garderie, cantine) de Folligny
- oui non - notre enfant à participer aux sorties organisées par les services périscolaires de Folligny
- oui non - les animateurs des services périscolaires à hospitaliser notre enfant en cas d'urgence
- oui non - le Chirurgien de l'hôpital à pratiquer toutes les interventions d'urgence

Nous nous engageons à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les services périscolaires en raison des soins apportés.

- oui non - notre enfant à être pris en photo par l'équipe d'animation ou la presse dans le cadre des activités de l'ALSH ou des sorties (Droit à l'image articles 226-1 à 226-8 du code civil)

Les photos pourront être utilisées sur les supports de diffusion ou de communication de la commune (**bulletin municipal, site internet, réseaux sociaux : Facebook, Instagram, presse locale...**)

DECHARGEONS :

- les services périscolaires de toutes responsabilités en cas d'accident pouvant survenir avant l'arrivée ou après le départ des accueils et aucune poursuite de notre part ne sera engagée contre les services périscolaires et ses représentants.

Nous soussigné, certifions avoir pris connaissance, vérifié et complété l'intégralité du dossier d'inscription concernant notre enfant.

Nous CERTIFIONS sur l'honneur que les renseignements portés sur cette inscription sont conformes et exacts et nous engageons à signaler tout changement qui pourrait intervenir au cours de l'année scolaire.

Nous CERTIFIONS avoir pris connaissance du règlement de l'ALSH et de la cantine

A, Le

Signature des parents, précédée de la mention "Bon pour autorisation parentale, lu et approuvé"

Signature PARENT 1 -

Signature PARENT 2 -

Les signatures de
tous les
responsables légaux
sont obligatoires



IMPORTANT

Ne pas oublier de remplir ou de faire remplir par le médecin
la page suivante
concernant les renseignements médicaux

3/4