



**Fiche d'inscription et de liaison :
Restaurant scolaire
Accueil Périscolaire
Au Groupe scolaire des Embruns**



RENSEIGNEMENTS

NOM de l'enfant : **Prénom** : **Classe** :
DATE et LIEU de NAISSANCE : .../.../..... à **CP** :

Adresse : - 22.....-

NOM du PERE : **Prénom** :

Adresse : - 22.....-

☎ **Dom** : 0 .../...../...../...../..... **Portable** : 0...../...../...../...../..... **Travail**/...../...../...../.....

NOM de la MERE : **Prénom** :

Adresse : - 22.....-

☎ **Dom** : 0 .../...../...../...../..... **Portable** : 0...../...../...../...../..... **Travail**/...../...../...../.....

RESPONSABLE LEGAL : PERE MERE Autre :

N° de Sécurité Sociale : ... /..... /..... / /..... / **Clé** :

PAYEUR : PERE MERE Autre :

N° Allocataire CAF : ou **N° Allocataire MSA** :

Quotient Familial : € (attestation à fournir pour bénéficier du tarif réduit Quinocéen, 1 seule /famille !)

Assurance Responsabilité Civile extrascolaire (attestation à fournir)

Assureur : **N° du contrat** :

PERSONNES à JOINDRE en cas d'URGENCE autres que les parents:

en 1^{er}, **NOM** : **Prénom** : ☎ : 0.../...../...../...../.....

Lien de parenté :

en 2^e, **NOM** : **Prénom** : ☎ : 0.../...../...../...../.....

Lien de parenté :

en 3^e, **NOM** : **Prénom** : ☎ : 0.../...../...../...../.....

Lien de parenté :

I. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant, photocopies conseillées)

Vaccins	Dates	Vaccins	Dates ou rappels
DT Polio/...../.....	Hépatite B/...../.....
Tétracoq,/...../.....	BCG/...../.....
Pentacoq/...../.....	Coqueluche/...../.....
Hexacoq...../...../.....	Rubéole, Oreillon, Rougeole/...../.....

NOM du MEDECIN Traitant : ☎ : 0.../...../...../...../.....

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- **Suit-il un traitement médical à long terme?** Oui Non

Si oui lequel ?.....

Pour parer à une urgence, joindre le médicament éventuel, avec l'ordonnance récente **obligatoirement**.

- **A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

Rubéole : Oui Non ; **Varicelle :** Oui Non; **Rougeole :** Oui Non
Scarlatine : Oui Non ; **Coqueluche :** Oui Non; **Otite :** Oui Non;
Angine : Oui Non ; **Rhumatisme articulaire aiguë :** Oui Non;

- **A-t-il des allergies ?**

Asthme : Oui Non ; **Médicamenteuses :** Oui à quoi : Non

Alimentaires : Oui, à quoi : Non ; **Autres**.....

Indiquez ici les difficultés de santé rencontrées par l'enfant, en précisant dates et précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération chirurgicale, rééducation, PAI...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, Mr....., responsable légal de

Je soussignée, Mme....., responsable légal de

- inscris mon enfant au Restaurant Scolaire

Il y sera habituellement :

Le : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

- inscris mon enfant à l'Accueil Périscolaire

Dès la rentrée de septembre 2017 A partir du/...../201...

Il y sera habituellement :

Le Matin des : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Dès 7h30 A partir de 7h45 A partir de 8h

Le Soir des : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Jusqu'à 17h (goûter) 17h30 18h 18h30

- m'engage à respecter les conditions d'organisation de ces services, notamment les horaires et à signaler toute modification : adresse, téléphone, situation familiale....

- autorise le responsable à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident et m'engage à assumer les frais (hospitalisation, intervention chirurgicale, médecin, pharmacie...); si possible, souhaite que mon enfant soit conduit : à l'Hôpital..... la Clinique.....

- autorise les personnes majeures suivantes à rechercher mon enfant :

Nom : Prénom : ☎ : 0...../...../...../...../.....

Nom : Prénom : ☎ : 0...../...../...../...../.....

Nom : Prénom : ☎ : 0...../...../...../...../.....

Nom : Prénom : ☎ : 0...../...../...../...../.....

- autorise mon enfant à rentrer seul à 18h30 : Oui Non

- autorise mon enfant à rentrer seul de l'Accueil Périscolaire à partir de :h.....

- autorise la diffusion de photos de mon enfant sur des supports de communication utilisés par la Mairie ou la presse régionale OUI NON

- m'engage à régler à réception de la facture mensuelle pour l'Accueil Périscolaire et/ou la Restauration, auprès de la Trésorerie d'Etables / Mer.

Le/...../ 2017,

Signature du (ou des) responsable(s) légal(aux)