

Le dossier complet doit être retourné à la Maison de l'Enfance en main propre ou dans la boîte aux lettres pour les réinscriptions.

Liste des pièces à fournir :

- Fiche individuelle d'inscription
- Autorisations parentales
- Fiche sanitaire de liaison (Cerfa n° 10008*02)
- Prélèvement automatique
- Relevé d'Identité Bancaire (RIB)
- Signature du règlement

Aucune inscription ne sera validée si le dossier n'est pas complet.

ENFANT

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : ___/___/___ Lieu de naissance : _____

Sexe : _____ Nationalité : _____

Ecole : _____

MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant : _____ Téléphone : ____-____-____-____-____

Adresse : _____

Régime alimentaire particulier : _____

Lieu d'hospitalisation : _____

REPRÉSENTANT LÉGAL

Régime d'affiliation : _____ N° allocataire CAF / MSA : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : ____-____-____-____-____ Téléphone mobile : ____-____-____-____-____

Email : _____ Situation familiale : _____

Nom employeur : _____

Adresse employeur : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Profession : _____ Téléphone bureau : ____-____-____-____-____



CONJOINT(E)

Régime d'affiliation : _____ N° allocataire CAF / MSA : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : ____-____-____-____-____ Téléphone mobile : ____-____-____-____-____

Email : _____ Situation familiale : _____

Nom employeur : _____

Adresse employeur : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Profession : _____ Téléphone bureau : ____-____-____-____-____

PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS *(autres que les représentants légaux)*

Personne 1

Nom _____ Prénom _____

Lien _____ Téléphone ____-____-____-____-____

Personne 2

Nom _____ Prénom _____

Lien _____ Téléphone ____-____-____-____-____

Personne 3

Nom _____ Prénom _____

Lien _____ Téléphone ____-____-____-____-____





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR L'ACCUEIL DE VOS ENFANTS AUX SERVICES PERISCOLAIRES ET L'ALSH ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

2 – VACCINATIONS *(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).*

VACCINS OBLIGATOIRES*	OUI	NO N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	<u>VACCINS RECOMMANDÉS</u>	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

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

ALLERGIES :	ASTHMES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Autres _____		

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

TROUBLE DE LA SANTÉ : L'enfant présente-t-il un trouble de la santé ? oui non

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours ? oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

4 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
DES LUNETTES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant</i>
DES PROTHESES AUDITIVES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant</i>
DES PROTHESES ou APPAREIL DENTAIRE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<i>au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant</i>

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRECISEZ (ex. qualité de peau, crème solaire) :

5 – AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autorisation de transport en véhicule de service et car de location	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

6 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

TÉL. FIXE *Représentant légal* : _____ MOBILE : _____ BUREAU : _____

TÉL. FIXE *Conjoint(e)* : _____ MOBILE : _____ BUREAU : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT _____

Je soussignée, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence **seuls habilités à définir l'hôpital de secteur**.

Date : ____/____/____

Signature :

Je soussigné(e) _____

responsable légal de l'enfant _____

autorise le personnel de la Maison de l'Enfance, en cas d'urgence (maladie ou accident), à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de l'enfant : prendre l'avis d'un pharmacien, consulter un médecin, suivre toutes les mesures prescrites par le médecin, faire intervenir le SAMU, hospitaliser l'enfant.

autorise l'utilisation de photos ou vidéos de mon enfant, prises dans le cadre des activités de la Maison de l'Enfance dans un but pédagogique, pour toutes expositions et communications de la Maison de l'Enfance.

autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées par la Maison de l'Enfance et par conséquent à participer aux sorties liées aux activités réalisées.

autorise mon enfant à être transporté par car ou véhicule de location dans le cadre des activités de la Maison de l'Enfance.

autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées.

autorise mon enfant à quitter seul la Maison de l'Enfance

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

autorise mon enfant à quitter la Maison de l'Enfance sous la responsabilité de

Personne 1

Nom _____

Prénom _____

Lien _____

Téléphone ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Personne 2

Nom _____

Prénom _____

Lien _____

Téléphone ____ - ____ - ____ - ____ - ____



n'autorise pas mon enfant à quitter la Maison de l'Enfance sous la responsabilité de

Personne 1

Nom _____ Prénom _____

Lien _____ Téléphone ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Personne 2

Nom _____ Prénom _____

Lien _____ Téléphone ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Fait à _____

Le ____ / ____ / _____

Signature



PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Trésor Public à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Trésor Public.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit.

DÉBITEUR

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Pièce à joindre :

- RIB

Fait à _____

Signature

Le ____/____/____



SIGNATURE DU RÈGLEMENT, PROJET ÉDUCATIF ET PÉDAGOGIQUE

(Document joint au dossier d'inscription)

Je soussigné(e) _____

responsable légal de l'enfant _____

déclare avoir pris connaissance du règlement de la Maison de l'Enfance de Saint-Thonan et
m'engage à en respecter les modalités.

Fait à _____

Le ____/____/____

Signature du ou des responsables légaux

