

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 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_





<h2 style="text-align: center;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p style="text-align: center;"><b>1 - L'ENFANT</b></p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p style="text-align: center;">GARÇON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p>
---	---

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	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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"/>

<b>ALLERGIES :</b>	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 prescrite 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

