

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
- Attestation de responsabilité civile
- Attestation de Quotient Familial (facultatif)

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

Maison de l'Enfance
130, allée de la jeunesse | 29800 Saint-Thonan
02 98 40 18 60 | 06 07 73 23 15
maison.enfance@saint-thonan.fr | www.saint-thonan.fr



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	____ - ____ - ____ - ____ - ____

Maison de l'Enfance

130, allée de la jeunesse | 29800 Saint-Thonan

02 98 40 18 60 | 06 07 73 23 15

maison.enfance@saint-thonan.fr | www.saint-thonan.fr





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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE NON ☐ OUI ☐	VARICELLE NON ☐ OUI ☐	ANGINE NON ☐ OUI ☐	RHUMATISME NON ☐ OUI ☐	SCARLATINE NON ☐ OUI ☐
COQUELUCHE NON ☐ OUI ☐	OTITE NON ☐ OUI ☐	ASTHME NON ☐ OUI ☐	ROUGEOLE NON ☐ OUI ☐	OREILLONS NON ☐ OUI ☐

ALLERGIES :	ASTHMES	OUI ☐	NON ☐	MÉDICAMENTEUSES	OUI ☐	NON ☐
	ALIMENTAIRES	OUI ☐	NON ☐	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 ☐	NON ☐	
DES LUNETTES	OUI ☐	NON ☐	au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
DES PROTHESES AUDITIVES	OUI ☐	NON ☐	au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
DES PROTHESES ou APPAREIL DENTAIRE	OUI ☐	NON ☐	au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

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

5 – AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives	OUI ☐	NON ☐
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées	OUI ☐	NON ☐
Autorisation de transport en véhicule de service et car de location	OUI ☐	NON ☐

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 :

AUTORISATIONS PARENTALES

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

