

Direction des affaires scolaires, de l'enfance

de la jeunesse et des sports

Tél. : 01 30 40 22 04 ou 22 19

PHOTO
OBLIGATOIRE

Merci de la **coller** à
cet emplacement
Ne pas utiliser
d'agrafe ou de
trombone

Nom de l'enfant :

Prénom :

Garçon

Fille

Adresse :

.....
.....

Date de naissance :

.....

Lieu de naissance :

.....

Ecole fréquentée en 2017-2018 et niveau :

.....

Famille	Père (représentant légal)	Mère (représentant légal)
Nom et prénom		
Adresse		
Adresse E-Mail du contact		
Nom et adresse de l'employeur		
Téléphone domicile		
Téléphone professionnel		
Téléphone portable		
N° d'allocataire CAF		

Indiquez ci-dessous les coordonnées de toutes les autres personnes pouvant être contactées en cas de problème ou d'accident ou pouvant reprendre l'enfant. Toute modification de cette liste doit faire l'objet d'un courrier à adresser directement à M. le Maire :

Nom et prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté, ami, voisin...

ATTENTION : tout dossier incomplet vous sera retourné et l'enfant ne sera pas admis aux activités.



RENSEIGNEMENTS D'ORDRE SANITAIRE

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

DT POLIO ou TETRACOQ Date de la vaccination (3^{ème} vaccin) :

Date du dernier rappel:

INTERVENTIONS CHIRURGICALES EVENTUELLES :

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom et téléphone :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS ET CONDUITE A TENIR

Indiquez dans le cadre ci-dessous toutes les informations que vous jugez utiles dans l'intérêt du suivi de votre enfant : (asthme, allergie médicamenteuse, port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires...)

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER – PRESCRIPTION MEDICALE OU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

Indiquez dans le cadre ci-dessous si votre enfant suit un traitement de longue durée ou nécessite un régime alimentaire particulier **pour raisons médicales exclusivement**.

Avant toute admission au restaurant scolaire, vous devrez rencontrer le médecin scolaire par l'intermédiaire du directeur de l'école de votre enfant afin qu'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) soit établi.

MON ENFANT SERA AMENE A FREQUENTER :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> l'accueil préscolaire (matin) | <input type="checkbox"/> la restauration scolaire |
| <input type="checkbox"/> l'accueil postscolaire (soir) | <input type="checkbox"/> l'étude surveillée |
| <input type="checkbox"/> j'autorise mon enfant à quitter seul l'étude surveillée pour se rendre à notre domicile. | |

Je soussigné(e) Mme, M (indiquez votre nom)

responsable légal de l'enfant (indiquez son prénom)

- 1 – déclare exact les renseignements portés sur la présente fiche,
- 2 – autorise les responsables des différents accueils à prendre, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, toutes mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales (y compris éventuellement l'hospitalisation et à le sortir de l'hôpital en mes lieu et place) et m'engage à régler tous les frais consécutifs,
- 3 – autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre des accueils de loisirs, ainsi que la prise de photos ou de films. En cas de contre-indication à la pratique d'activités physiques, veuillez fournir un certificat médical,
- 4 – atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités péri et extrascolaires et m'engage à le respecter,
- 5 – m'engage à prévenir la mairie de toute modification sur cette fiche individuelle de renseignements,
- 6 – accepte la transmission d'informations par courriel liées uniquement à l'activité de mon enfant,
- 7 – je prends note qu'en l'absence du **calcul du quotient familial 2018/2019** (du 5 au 28 septembre 2018 inclus), je serai automatiquement **facturé au tarif maximum**.

Fait à Saint-Leu-la-Forêt, le

Signature : Le(s) responsable(s) légal (légaux)

Nom et prénom du signataire :Signature :

Nom et prénom du signataire :Signature :

