

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS Année Scolaire 2020-2021

### ENFANT

Nom & Prénom : .....  
Né(e) le ..... à .....  
Sexe : fille  garçon   
Ecole fréquentée : ..... Classe : .....

### SITUATION FAMILIALE

Marié(e) ou vie maritale  Séparé(e)  Célibataire   
En cas de séparation :-personne ayant la charge de l'enfant : .....

### RESPONSABLES LEGAUX

#### MERE :

Nom d'usage : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Adresse : .....  
Mail : .....  
Nom, adresse et tél. de l'employeur : .....

#### PERE :

Nom d'usage : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Tél fixe : ..... Portable : .....  
Adresse : .....  
Mail : .....  
Nom, adresse et tél. de l'employeur : .....

Nom de l'Assurance : ..... Numéro du contrat : .....

### REGIME

CAF  Quotient Familial : ..... N° allocataire : ..... Autres : Précisez .....  
MSA  Quotient Familial : ..... N° allocataire : ..... .....

### PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

-Nom Prénom ..... Tél ..... Lien : .....  
-Nom Prénom ..... Tél ..... Lien : .....  
-Nom Prénom ..... Tél ..... Lien : .....

### DEMANDE D'ACCESSIBILITE

J'autorise le service périscolaire à consulter et à conserver les données accessibles de CafPro.

**AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGES (cocher la case)**

- Autorise le SIVC, organisateur du service à photographier, filmer, exposer, publier les photographies de mon enfant pour :
  - l'édition de documents d'information (revue du SIVC...)
  - l'illustration d'articles dans la presse locale, projet d'animation.
  - la publication sur le site internet du SIVC.
- N'autorise pas le SIVC organisateur du service à photographier, filmer, exposer, publier les photographies de mon enfant.

**DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT POUR L'INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT**

- Cette fiche de renseignements complétée
- La fiche sanitaire de liaison complétée
- La photocopie des vaccins
- Le dernier avis d'imposition
- L'attestation CAF de notification du quotient familial
- Copie de l'attestation d'assurance

**FACTURATION**

Je soussigné(e) : .....

- déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur, dont j'ai reçu un exemplaire.

-déclare être à jour dans le paiement des factures antérieures à cette inscription.

(Cochez la case correspondante)

-  demande à être le destinataire des factures à l'adresse suivante :

.....

-  demande à ce que les factures périscolaires soient adressées à :

M.....

à l'adresse suivante : .....

(acceptation et signature obligatoire ci-dessous)

Vu, pour acceptation de la réception et du paiement des factures (si différent du déclarant)

A.....Le.....

Signature du déclarant

# SIVC DES VALLEES DU CRISTAL

## Accueils Collectifs de Mineurs

L'ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

### 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

### 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants  
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)  
**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non   
MAQUILLAGE oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES .....

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

.....  
.....



