

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
Année Scolaire 2021-2022

PHOTO

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

SIVOM 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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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
REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER oui non
si oui, lequel :

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)

.....
.....
.....
.....

