

**Document à remettre impérativement au personnel encadrant des services périscolaires
(Personnel de cantine, garderie ou aux Directrices/Directeurs de Centre de loisirs...)**

ENFANT : Nom Prénom

Sexe : F M **Date de naissance :** / / **École et classe :**

Personnes responsables ou ayant la charge de l'enfant

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom
Prénom
Adresse
Code Postal
Ville
Adresse mail
Tél domicile
Tél portable

Personnes à prévenir en cas d'urgence (par ordre de priorité) :

1. NOM : Prénom : Tél :
 2. NOM : Prénom : Tél :
 3. NOM : Prénom : Tél :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant (une pièce d'identité pourra être demandée à la personne qui viendra récupérer l'enfant) :

NOM Prénom: Tél : En qualité de :
 NOM Prénom: Tél : En qualité de :
 NOM Prénom: Tél : En qualité de :

AUTORISATION DES PARENTS OU DU RESPONSABLE LEGAL :

JE SOUSSIGNÉ(E), RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT DÉSIGNÉ CI-DESSUS :

- m'engage à fournir la copie de l'assurance scolaire (responsabilité civile et individuelle) de mon enfant à la rentrée.
- autorise l'équipe éducative à filmer ou à photographier mon enfant et ce, uniquement dans le cadre de communication (journaux, site ou bulletin de la CCAM...)
- déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement de l'accueil (horaires, adhésion,...)
- déclare adhérer au règlement intérieur de l'accueil, de la restauration scolaire et avoir transmis l'information à mon enfant.
- autorise les agents de service à faire prendre en charge mon enfant par les services de secours
- décharge les organisateurs de toute responsabilité d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures d'accueil
- déclare exacts les renseignements ci-dessus.

Cette inscription vaut engagement pour l'année scolaire. En cas de changement en cours d'année, une nouvelle fiche doit être complétée. Merci de vous rapprocher des agents des services périscolaires ou des agents du service enfance de la CCAM.

INFORMATION : le personnel de cantine ou de garderie ne sera pas autorisé à accepter les enfants pour lesquels cette fiche d'information n'a pas été restituée dûment complétée par les parents.

Fait àle (signatures précédées de la mention «lu et approuvé»)

ALLERGIES :Asthme : oui nonMédicamenteuses : oui nonAlimentaires : oui non

Autres :

Préciser la cause de l'allergie et compléter la partie relative aux renseignements médicaux :

.....

.....

MALADIE / CONTRE-INDICATION :

Difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation).

Préciser les dates et compléter la partie relative aux renseignements médicaux

.....

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? oui non

PAI mis en place le : pour une durée de :

Si oui, joindre une copie du PAI et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

A noter : Aucun médicament ne pourra être délivré hors PAI**RECOMMANDATIONS UTILES :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Préciser :

.....

.....

MEDECIN TRAITANT :

Nom : N° Tél :

Adresse :

VACCINS	OUI	NON	Dates	VACCINS	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanie				Rubéole-Oreillon-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Autre (préciser)				B.C.G.	