



Fiche d'inscription en restauration et garderie périscolaire Commune de Warcq

Inscription pour l'année scolaire 20...-20....

Enfant(s) inscrit(s)			
Nom :	Prénom :	Classe :	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	Classe :	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	Classe :	Date de naissance :

Père	Mère
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tel personnel :	Tel personnel :
Tel portable :	Tel portable :
Adresse mail :	Adresse mail :
Situation familiale	
Marié (s) ☐ Concubin(s) ☐ Célibataire (s) ☐ Veuf (ve) ☐ Divorcé (s) ☐ Séparé (e) ☐	
Si vous êtes divorcés, la garde appartient : au père ☐ à la mère ☐ (Joindre copie du jugement)	
Profession	Profession
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Adresse :	Adresse :
.....	
Tel professionnel :	Tel professionnel :

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence			
Nom	Prénom	Numéro de téléphone	Lien de parenté

Informations diverses
N° de sécurité sociale du représentant légal :
Caisse de sécurité sociale :
Si vous bénéficiez d'une mutuelle : nom - adresse - n° d'adhérent :
.....
Numéro d'allocataire CAF : QF CAF :

Autorisation de reproduction et de diffusion photos	
oui	non

Renseignements sanitaires	
Nom du médecin traitant :	Téléphone du médecin :

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant
Dates des vaccins (obligatoire)	- -	- -	- -
Allergies ou asthme ?			
Maladie ?			
Handicap ?			
Régime alimentaire ?			
Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) est-il établi ? (à fournir)			
Recommandations ?			

L'ensemble des données reste confidentiel.

Jours d'inscription	Annuels oui - non	Occasionnels oui - non	Préciser :
---------------------	----------------------	---------------------------	------------

Autorisation parentale
Je soussigné(e), représentant légal ,.....
Autorise le(s) responsable(s) de l'accueil périscolaire à présenter :
mon (mes) enfant(s) :
à un médecin, en cas de soins d'urgence ou à agir (appel Samu ou autres) :
.....
(Les parents seront immédiatement avertis)
Rappel : l'équipe périscolaire n'est pas autorisée à administrer de traitements médicamenteux.

Nous autorisons :
Notre (nos) enfant(s) :
- à participer aux animations périscolaires proposées : oui - non
- à se rendre sur les lieux d'activités accompagné(s) du personnel : oui - non

Documents à fournir :
- Copies des pages de vaccinations du carnet de santé ;
- Attestation d'assurance (pour activités périscolaires) ;
- Attestation de Quotient Familial de la CAF ;
- Copie de la carte vitale du parent auquel est rattaché le ou les enfant(s) ;
- Justificatif de domicile.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

☐ oui ☐ non

MÉDICAMENTEUSES

☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

☐ oui ☐ non

Préciser :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :