

**COMMUNE de SAINTE CROIX EN JAREZ  COMMUNE de PAVEZIN  
ACCUEIL PERISCOLAIRE**

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017-2018 à l'A.L.P**

(Un dossier par enfant)

**VOTRE ENFANT**

Nom : ..... Prénom(s) : .....  
 Né(e) le ..... à .....  
 Ecole : ..... Classe : .....

**RESPONSABLE LEGAL**

**Responsable** : Père – Mère – Tuteur (préciser)

Nom : ..... Prénoms : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone : ..... Adresse mail : .....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**Père** : Profession : ..... Employeur : ..... Tél : .....  
**Mère** : Profession : ..... Employeur : ..... Tél : .....  
 Caisse de Sécurité Sociale de : ..... N° d'immatriculation : .....  
 Caisse d'Allocations Familiales de : ..... Quotient familial : .....  
 Adresse : ..... N° d'Allocataire (**obligatoire**) : .....  
 Mutuelle (nom et adresse) : .....  
 N° mutualiste : ..... Assurance couvrant l'enfant : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé / vaccinations de l'enfant) **Attention : Obligatoire / pas de photocopies !**

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				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**

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT.....

**Renseignements médicaux concernant l'enfant (maladies, allergies, contre-indications alimentaires...)** :

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

**Difficulté de santé à signaler – recommandations :**

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

**AUTORISATIONS**

- Autorisation à participer aux activités physiques et sportives : oui  non   
Autorisation d'hospitalisation d'urgence (accompagné) : oui  non   
Autorisation de filmer ou photographier : oui  non   
Autorisation de diffuser les images (presse, en interne) : oui  non   
Autorisation de sorties en autocar : oui  non   
1/ J'autorise mon enfant à quitter seul l'Accueil Périscolaire :  oui  non  
(Pour les enfants de primaire uniquement)

2/ En cas de réponse négative (et pour les enfants de maternelle), préciser qui peut récupérer l'enfant :

- Les parents :  oui  non
- Des personnes extérieures (famille, voisin...) :  oui  non

Préciser :

Leurs noms : .....

Leurs adresses : .....

Leurs n° tel : .....

Je soussigné(e), .....(responsable de l'enfant), autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'Accueil Périscolaire.  
Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre toutes mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.  
Je déclare également avoir pris connaissance et accepter les conditions générales d'inscriptions à l'Accueil Périscolaire (règlement intérieur).

Fait le .....  
Signature du responsable légal :

**Documents à fournir obligatoirement lors de l'inscription :**

- **Fiche sanitaire et vaccinations (pas de photocopies)**
- **Fiche de réservation pour le périscolaire du matin et du soir**
- **Fiche d'inscription cantine par mois**
- **Demande d'accompagnement au périscolaire pour les enfants prenant le car**
- **Règlement intérieur daté et signé**
- **Attestation de domicile**
- **Numéro d'allocataire et Justificatif quotient familial même pour les plus hauts coefficients (CAF ou MSA)**
- **Attestation d'assurance responsabilité civile**