



# DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

Crèche / Accueil de loisirs /  
Etudes surveillées / Restauration scolaire

## FICHE ENFANT (1 fiche par enfant)

## 2022-2023

## Feuille B

### Renseignements concernant l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : F  M  Date de naissance : ..... Age : .....

Poids : .....kg Taille : .....cm (information nécessaire en cas d'urgence)

Lieu de naissance : .....

PHOTO  
(Obligatoire)

Ecole maternelle la Cardelina  Ecole élémentaire Jean Moulin  Collège   
Autres / Non scolarisé  Classe à la rentrée 2022 : .....

### Prestations familiales et assurance

Allocataire : Père  Mère

| Organisme de prestations familiales<br>(CAF – MSA – autres) |                                 |
|---|---------------------------------|
| Nom de l'organisme  | N° auquel est rattaché l'enfant |
|   |                                 |

| Police d'assurance en responsabilité civile et individuelle<br>accident : |               |
|---|---------------|
| Société d'assurance   | N° de contrat |
|   |               |

### Personnes autorisées à récupérer l'enfant et /ou à prévenir en cas d'urgence

| Nom et prénom<br>(autres que les responsables légaux) | Lien de parenté<br>ou autres | Tel. domicile | Tel. portable | A contacter en<br>cas d'urgence | Autoriser à<br>récupérer<br>l'enfant |
|---|------------------------------|---------------|---------------|---------------------------------|--------------------------------------|
|   |                              |               |               | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
|   |                              |               |               | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
|   |                              |               |               | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |

### Autorisation de sortie (uniquement enfant scolarisé en élémentaire et plus)

L'enfant est-il autorisé à partir seul ?

A la fin des activités de l'ALSH (le soir après l'école, mercredis, petites et grandes vacances, samedis...)  oui  non

Je, soussigné(e).....assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Fait à..... le..... Signature :

**Renseignements médicaux concernant l'enfant***(Fournir les photocopies identifiées des vaccinations du carnet de santé)*

Nom du médecin traitant : ..... Tel. médecin : .....

| VACCINATIONS  |                          |                          |                     |                                  |                          |                          |                     |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant |                          |                          |                     |                                  |                          |                          |                     |
| VACCINS OBLIGATOIRES  |                          |                          |                     | VACCINS RECOMMANDES              |                          |                          |                     |
| L'enfant est-il vacciné contre :  | oui                      | non                      | Nombre d'injections | L'enfant est-il vacciné contre : | oui                      | non                      | Nombre d'injections |
| Diphtérie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     | Hépatite B                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Tétanos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     | Rougeole-Rubéole-Oreillons       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Poliomyélite  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     | Coqueluche                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Ou DT Polio   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     | Autres (préciser)                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |
| Ou Tétracoq   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |                                  |                          |                          |                     |

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.**

| MALADIES                                    |   |           |   |            |   |
|---|---|-----------|---|------------|---|
| l'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? |   |           |   |            |   |
| Rubéole                                     | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Angine    | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Scarlatine | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Coqueluche                                  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Rougeole  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Rhumatisme | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Varicelle                                   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Oreillons | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Otite      | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

| ALLERGIES   |   |                 |   |                  |   |
|---|---|-----------------|---|------------------|---|
| l'enfant a-t-il eu des allergies ?  |   |                 |   |                  |   |
| si oui joindre le certificat médical mentionnant l'allergie et fournir un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) |   |                 |   |                  |   |
| Asthme  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Médicamenteuses | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Autres :         | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Alimentaires  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Animaux         | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Préciser : ..... |   |

**PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR** (Joindre, si prise de médicaments, la prescription médicale avec les médicaments nécessaires dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

.....

**INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** en précisant les précautions à prendre (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation)

.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc. (préciser)

.....

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant.....  
 déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. (En particulier pour les enfants de 0 à 6 ans, en cas de fièvre supérieure à 38,5 ° à administrer 1 dose de paracétamol en fonction de son poids).

Fait à ..... Le.....

 Mention « lu et approuvé » : .....  
 Signature  
 La mère

 Mention « lu et approuvé » : .....  
 Signature  
 Le père