

Cette fiche est à remplir chaque année afin de garantir la bonne mise à jour des informations.

UNE FICHE PAR ENFANT

FICHE SANITAIRE ET D’INSCRIPTION 2024/2025

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ECOLE : _____

GARÇON

FILLE

	Représentant légal 1	Représentant légal 2
NOM		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Adresse		
Situation familiale		
Garde alternée OUI/NON <i>Si oui remplir une fiche par parent pour facturation</i>		
N° sécurité sociale		
N° allocataire MSA/CAF		
N° téléphone fixe		
N° téléphone portable		
Adresse mail*		
Profession		
Employeur		
N° téléphone professionnel		
Pour les enfants en famille d'accueil NOM, Prénom, adresse N° de téléphone fixe N° de téléphone portable Adresse mail de la famille		

Toutes les rubriques du tableau ci-dessus sont à compléter obligatoirement.

Personnes autorisées à récupérer l'enfant sur les temps périscolaires/extrascolaires

NOM PRENOM	Numéro de téléphone	Lien

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINATIONS photocopie obligatoire du carnet de santé

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

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 AIGÛ 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 MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non BENEFICIAIRE AEEH oui non

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

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)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.) **Votre enfant porte-t-il ?**

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

INFORMATIONS FACTURATION :

Souhaitez-vous être facturé par prélèvement : oui non Si oui merci de fournir un RIB

Familles prélevées : vous n'avez rien à faire, le prélèvement intervient le dernier jour du mois suivant.

Souhaitez-vous recevoir votre facture par mail : oui non Si oui merci de vérifier dans vos courriers indésirables

Vous pouvez également payer par chèque à transmettre à la trésorerie de Saumur ou par CB sur internet :

www.tipi.budget.gouv.fr

Ces informations apparaîtront en bas de chaque facture.

AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées dans le cadre des services périscolaires, ALSH et ateliers éducatifs : oui non
- J'autorise la prise de photos ou vidéos et la diffusion de l'image de mon enfant à titre gratuit, sur tout support de communication et d'information de la Mairie (affichage, site web, bulletin municipal, presse locale, etc...) dans le cadre de la promotion des activités périscolaires et sportives : oui non
- J'autorise mon enfant à rentrer seul du service accueil périscolaire, ALSH et ateliers éd : oui non

RESERVATIONS DES REPAS

Je souhaite que le service éducation/enfance réserve les repas pour mon enfant : (cocher les cases correspondantes)

- TOUTE L'ANNEE SCOLAIRE : oui non lundi mardi jeudi vendredi
- TOUTES LES SEMAINES PARES : oui non lundi mardi jeudi vendredi
- TOUTES LES SEMAINES IMPAIRES : oui non ... lundi mardi jeudi vendredi

Les représentants légaux de l'enfant s'engagent à se connecter sur le portail famille pour annuler ou faire des modifications des réservations des repas effectuées par le service

Pièces annexes : règlement intérieur de la pause méridienne, de l'accueil périscolaire et de l'ALSH.

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant,

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Je suis informé(e) que la réservation aux activités est obligatoire et à faire sur le portail famille sauf pour les accueils périscolaires du matin et du soir.
- Déclare avoir pris connaissance et accepte les règlements intérieurs de l'accueil périscolaire, de la restauration scolaire et de l'ALSH.
- Je suis informé(e) et accepte que ces données soient enregistrées dans une application de réservation et facturation des prestations Enfance de la Commune de Gennes-Val-de-Loire. La Commune s'engage à n'en faire aucun autre usage et à ne pas les communiquer à des tiers.
- Autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seules habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date

Signatures des représentants

Pièces jointes à retourner OBLIGATOIREMENT avec la fiche sanitaire de liaison :

- Attestation CAF/MSA de quotient familial (**en l'absence le tarif maximum sera appliqué sans correction rétroactive**)
- Extrait du jugement de divorce/séparation précisant les modalités de garde et de l'autorité parentale
- Photocopie des vaccins