FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU SERVICE ENFANCE

#  **RENTRÉE SCOLAIRE 2019/2020**

**CETTE FICHE NE VAUT PAS INSCRIPTION**

**TOUTE INSCRIPTION A LA RESTAURATION SCOLAIRE, AU CENTRE DE LOISIRS DU MERCREDI ET AUX VACANCES SCOLAIRES DEVRA ÊTRE FAITE SUR LE PORTAIL FAMILLE OU AU SERVICE SCOLAIRE EN MAIRIE OU PAR MAIL (****scolaire@mairie-marolles.fr****)**

***ATTENTION : Sans la remise de ce document, votre enfant ne pourra pas être accueilli sur les temps périscolaires.***

## l’enfant :

Nom Prénom

Date de naissance [ ]  F [ ]  M [ ]  Régime particulier :

**Ecole :** BUISSONS FORET

 MATERNELLE ELEMENTAIRE MATERNELLE ELEMENTAIRE

##  LES pARENTS OU RESPONSABLE LEGAL DU JEUNE :

|  |  |
| --- | --- |
| Père ouresponsable légal du jeune Nom, prénom :Adresse :Email :Tel portable :Tel domicile :Tel bureau :Employeur : | Mère ouresponsable légal du jeune  Nom, prénom :Adresse :Email :Tel portable :Tel domicile :Tel bureau :Employeur : |

***En cas de séparation ou de divorce, merci de fournir un jugement concernant la garde de votre enfant.***

## RENSEIGNEMENTS :

Numéro de sécurité sociale :

Mutuelle : oui non Nom : N° :

Assurance responsabilité civile : N° de contrat :

(Joindre une copie de l’attestation d’assurance)

## Autorisations parentales

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom / Prénom** | **Téléphone** | **Habilité à récupérer l'enfant** | **A contacter en cas d'urgence** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Autorise les encadrants du service enfance à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical et intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant. | oui | non |
| Autorise le responsable du service à donner à mon enfant des médicaments selon la prescription du médecin accompagnée d’une décharge de responsabilité. | oui | non |
| Autorise le transport de mon enfant via : minibus ou véhicules communaux, autocar et transports en commun. | oui | non |
| Je donne mon accord à la diffusion des photographies de mon enfant prises lors d’activités. | oui | non |
| Je donne mon accord à la diffusion de l’enregistrement audiovisuel de mon enfant. | oui | non |
| Je donne mon accord à la diffusion des créations réalisées par mon enfant. | oui | non |

|  |  |
| --- | --- |
| Autorise mon enfant à quitter seul | Horaires *(entourer l’heure correspondante)* |
| Mercredi | **oui** | **non** | **11h30** | **13h30** | **17h00** |
| Vacances scolaires | **oui** | **non** | **11h30** | **13h30** | **17h00** |

## Santé

### Renseignements médicaux

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Dates | Vaccins recommandés | Oui | Non | Dates |
| Diphtérie |  |  |  | **Hépatite B** |  |  |  |
| Tétanos |  |  |  | **ROR** |  |  |  |
| Poliomyélite  |  |  |  | **Coqueluche** |  |  |  |
| Ou DT Polio |  |  |  | **Autres :** |  |
| Ou Tetracoq |  |  |  |
| BCG/monotest |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **L’enfant a-t-il :** | Lesquelles : |
| **Allergies** |  |  |  |
| **Alimentaires** | Oui | Non |  |
| **Médicamenteuses** | Oui | Non |  |
| **Asthme**  | Oui | Non |  |
| **Traitement médical\*** | Oui | Non |  |
| **Autres**  | Oui | Non |  |

###  Médecin traitant

**Nom**

**Tél.**

**Adresse**

\*joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

[ ]  **Pour les enfants ayant une allergie ou une particularité, un projet d’accompagnement individualisé (PAI) doit être mis en place.** Précisez les causes de l’allergie (alimentaires ou autres) et la conduite à tenir selon les particularités :

Je m’engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur ce document.

Je déclare sur l’honneur l’exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Je prends connaissance du règlement intérieur du Service Scolaire consultable et téléchargeable sur <http://www.mairie-marolles.fr/IMG/pdf/reglementinterieur2017.pdf>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date** | **Signature du père ou du représentant légal** | **Signature de la mère ou du représentant légal** |