



ANNÉE SCOLAIRE 2018/2019

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

- MATERNELLE  
 PRIMAIRE

### VOTRE ENFANT

NOM :  
Prénom :  
Née le :  
École :  
Classe :

#### MON ENFANT FREQUENTERA :

- Accueil Périscolaire (16h30, après l'école)     Accueil de loisirs du mercredi  
 Accueil de loisirs des vacances scolaires (Fermeture annuelle aux vacances de Noël)

### RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

<p>NOM : _____ Prénom : _____ Agissant en qualité de mère / père Profession : _____ Employeur : _____ Votre Adresse : _____ _____</p> <p>Téléphone fixe : _____ Téléphone professionnel : _____ Mobile : _____ Courriel : _____</p>	<p>NOM : _____ Prénom : _____ Agissant en qualité de mère / père Profession : _____ Employeur : _____ Votre Adresse : _____ _____</p> <p>Téléphone fixe : _____ Téléphone professionnel : _____ Mobile : _____ Courriel : _____</p>
---	---

### PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (si besoin en ajouter sur papier libre joint au dossier)

<p>NOM : Prénom : Téléphone fixe : Mobile :</p>	<p>NOM : Prénom : Téléphone fixe : Mobile :</p>
<p>NOM : Prénom : Téléphone fixe : Mobile :</p>	<p>NOM : Prénom : Téléphone fixe : Mobile :</p>

#### Mon enfant est en primaire (interdit aux enfants de maternelle) :

J'autorise mon enfant à quitter seul le Périscolaire

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs du mercredi et vacances scolaire



## RENSEIGNEMENTS D'URGENCE (en cas d'urgence, si autres que parents, prévenir...)

NOM : \_\_\_\_\_ en qualité de : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ en qualité de : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS OBLIGATOIRES

Quel est votre régime d'appartenance :

Régime Général :  MSA :  Autres :  \_\_\_\_\_ (Précisez)

Allocataire Caf de Beauvais : oui-non, si oui N° \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant : \_\_\_\_\_

Assurance couvrant l'enfant : \_\_\_\_\_

### Adresse Mail unique pour toute Correspondance

Pour toute correspondance merci de préciser ici l'adresse à utiliser :

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## SIGNATURE D'UN RESPONSABLE LÉGAL

- J'autorise les prises de vues et l'utilisation des images de mon enfant par « la commune de Choisy-au-Bac ; Service Communication »
- J'autorise dans le cadre des sorties, le transport en bus ou en mini bus municipale.
- J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale pour mon enfant.
- Je déclare exacts tous les renseignements et informations susvisés et m'engage à respecter les règles de fonctionnement des différents services et à prévenir en cas d'absence ou de difficulté particulière.
- J'autorise le gestionnaire, dans le cadre des contrôles caf, à conserver ce dossier et les documents à fournir qui l'accompagne, durant 5 ans.

### Fournir avec ce dossier :

- Votre dernière feuille d'imposition
- Attestation d'assurance civile au nom de l'enfant
- Une photo format identité (pour accueil périscolaire et mercredi)
- Fiche Sanitaire remplie, signée + copie des vaccins du carnet de santé

À Choisy-au-Bac, le

Signature

Cadre réservé à l'administration :  Impôt ou  livret de famille  Assurance  Photo

Ressources de la famille (revenus 2017) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ enfants à charge.

Tarifs : Périscolaire \_\_\_\_\_ / heure CLSH : \_\_\_\_\_ / heure Repas CLSH : \_\_\_\_\_ / repas

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018-2019**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : garçon  fille

1- Vaccinations (remplir à partir du carnet de santé ou de vaccinations de l'enfant **OU joindre photocopie**)

<i>Vaccins</i>	<i><u>Vaccins pratiqués</u></i> <i><u>(nom du vaccin)</u></i>	<i><u>Date dernier</u></i> <i><u>vaccin ou rappel</u></i>	<i><u>Date du prochain</u></i> <i><u>rappel</u></i>
Polio	_____	_____	_____
Diphtérie			
Tétanos			
Coqueluche			

BCG : Date de vaccination : \_\_\_\_\_

Date du dernier Mono test \_\_\_\_\_ Mono test (+)  Mono test (-)

Hépatite B : Injection n°1  date : \_\_\_\_\_

Injection n°2  date : \_\_\_\_\_

Injection n°3  date : \_\_\_\_\_

ROR : Injection n°1  date : \_\_\_\_\_ Injection n°2  date : \_\_\_\_\_

2- Renseignements médicaux concernant l'enfant (cocher les maladies que l'enfant a déjà eues)

RUBEOLE  OUI  NON COQUELUCHE  OUI  NON

VARICELLE  OUI  NON OREILLONS  OUI  NON

ROUGEOLE  OUI  NON SCARLATINE  OUI  NON

LUNETTE  OUI  NON si oui, consignes \_\_\_\_\_

Difficultés de santé à signaler (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, asthme, hospitalisations, opérations, rééducations...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...) reconnues nécessaires par l'état de l'enfant.

Et en cas d'urgence prévenir : \_\_\_\_\_

Au (téléphone) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_