



ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021

## 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

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de mère / père

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Votre Adresse :

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

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de mère / père

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Votre Adresse :

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

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

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

NOM :

Prénom :

Téléphone fixe :

Mobile :

NOM :

Prénom :

Téléphone fixe :

Mobile :

NOM :

Prénom :

Téléphone fixe :

Mobile :

NOM :

Prénom :

Téléphone fixe :

Mobile :

### 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 et envoi de facture, merci de préciser ici l'adresse que vous souhaitez que l'on utilise :

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

## 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 :

- Copie complète de votre dernière feuille d'imposition
- Attestation d'assurance civile au nom de l'enfant (copie)
- Une photo format identité (uniquement pour accueil périscolaire et mercredi)
- La Fiche Sanitaire ci-jointe, remplie, signée + copie des vaccins du carnet de santé si vous n'avez pas rempli les vaccins et autres copies (pai, suivis médicaux spécifiques...)

À Choisy-au-Bac, le

Signature

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

Ressources de la famille (revenus 2018) : \_\_\_\_\_

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

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

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020-2021

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

Type de repas :  Normaux --  Sans porc-- sans viande-- autre : \_\_\_\_\_

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

<i>Vaccins</i>	<u><i>Vaccins pratiqués</i></u> <i>(nom du vaccin)</i>	<u><i>Date dernier</i></u> <i>vaccin ou rappel</i>	<u><i>Date du prochain</i></u> <i>rappel</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 (allergies, maladies, crises convulsives, asthme, hospitalisations, opérations, rééducations...)

L'enfant est-il bénéficiaire d'un PAI :  OUI  NON (si oui joindre impérativement une copie de celui-ci afin que soit mis en place un protocole d'accueil spécifique)

L'enfant souffre-t-il de troubles du langage et ou d'apprentissage et ou de l'attention :  
 OUI  NON (si oui merci de joindre une note explicative)

L'enfant est-il en situation de handicap (MDPH) :  OUI  NON (si oui joindre une copie)

L'enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH :  OUI  NON

ET/OU d'un PAI lié à l'handicap :  OUI  NON (si oui joindre impérativement une copie)

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 :** \_\_\_\_\_