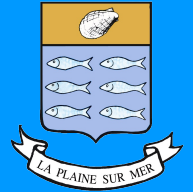


Vous venez de télécharger le dossier d'inscription numérique du service Enfance de la Plaine-sur-Mer.



Quelques conseils indispensables pour remplir celui-ci :

- Quand le document s'affiche, faites un clic **droit** avec la souris, choisissez "enregistrer sous" puis choisissez le dossier ou vous souhaitez enregistrer le fichier, donnez au fichier le nom de votre famille. Fermez ensuite votre navigateur.
- **Ouvrez le fichier dans le répertoire ou vous l'avez sauvegardé**, vous pouvez le compléter et l'enregistrer.

Si vous ne respectez pas cette procédure et remplissez le document en ligne, vos données seront perdues lors de l'enregistrement.

- Les zones de saisie à compléter apparaissent en bleu clair, il n'est pas nécessaire de toutes les remplir, ne saisissez que celles qui vous concernent.

- Certaines données se dupliquent automatiquement :

Sur la fiche sanitaire "enfant 1", cliquer sur la case violette Idem dossier d'inscription permet de copier les données "responsable légal 1 et 2" précédemment saisies pour tous les enfants. **Ces données peuvent être modifiées ensuite si besoin.**

Sur la fiche sanitaire "enfant 2", cliquer la case violette Idem enfant 1 permet de copier l'ensemble des données "personnes autorisées" et "personnes à prévenir" saisies pour l'enfant 1 sur les enfants 2 et 3. **Ces données peuvent être modifiées ensuite si besoin.**

- **Transmettre** le dossier à accueil-periscolaire.laplainesurmer@orange.fr.

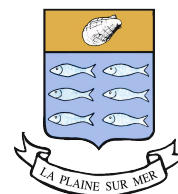
Lors de la transmission du dossier, vous pouvez également nous adresser en pièces-jointes les documents suivants :

- la ou les attestation(s) d'assurance en responsabilité civile
- les copies des pages vaccination du (ou des) carnet(s) de santé de votre ou vos enfant(s)
- une attestation de Quotient Familial de la Caisse d'Allocations Familiales ou Mutualité Sociale Agricole

Le renvoi du dossier n'a pas valeur d'inscription au service, cette inscription ne sera valide qu'une fois toutes les pièces nécessaires réceptionnées, le dossier contrôlé et signé.

DOSSIER D'INSCRIPTION FAMILLES 2019/2020

Service Enfance-Jeunesse



INFORMATIONS FAMILLES

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
NOM		
Prénom		
Adresse		
Mail		
N°tél domicile		
N°tél portable		
N°tél professionnel		

Précisions et recommandations nécessaires liées à des situations particulières

Enfants mineurs composant la famille

NOM	Prénom	Date de naissance	Ecole
	CAF	MSA	Autres
N° allocataire *			
Quotient ou PSU *			

* Pour les allocataires, merci d'apporter l'attestation justifiant votre quotient et pour les non-allocataires, le dernier avis d'imposition.

Validité du dossier : du 1^{er} juillet 2019 au 31 août 2020

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toute modification.
Déclare souscrire une assurance en responsabilité civile pour les activités extrascolaires des enfants inscrits sur cette fiche.

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, des tarifs de la structure fréquentée et m'y conformer.

Fait à

le

Signature d'un responsable légal

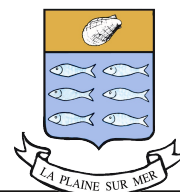
précédée de la mention "lu et approuvé"

Enfant 1

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019/2020

Allergie !

Service Enfance-Jeunesse



L'ENFANT

NOM : Garçon Fille

Prénom :

Date de naissance :

Ecole : Classe :

Inscrit sous numéro Sécurité sociale Père Mère

Caisse de :

n° SS parent :

Médecin traitant

Nom :

Adresse :

Tél :

Idem dossier d'inscription	Responsable légal 1	Responsable légal 2
NOM		
Prénom		
Adresse		
Mail		
N°tél domicile		
N°tél portable		

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence

NOM			
Prénom			
N°tél domicile			
N°tél portable			
N°tél professionnel			

Personnes autorisées à accompagner ou à venir chercher l'enfant

NOM			
Prénom			
N°tél domicile			
N°tél portable			
N°tél professionnel			

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

Enfant 1

1 - VACCINATIONS

Joindre une copie du carnet des vaccinations

Les vaccins obligatoires sont : DT/Polio et Pentacoq

Les vaccins recommandés sont : Hépatite B, Rubéole/Oreillons/Rougeoles et Méningite C

2 - SUIVI DES MALADIES

Rubéole

Oui Non

Varicelle

Oui Non

Angine

Oui Non

Rhumatisme

Oui Non

Scarlatine

Oui Non

Coqueluche

Oui Non

Otite

Oui Non

Rougeole

Oui Non

Oreillons

Oui Non

3 - ALLERGIES

Asthme

Oui Non

Alimentaire

Oui Non

Médicamenteuse

Oui Non

Maquillage

Oui Non

Autre (à préciser) :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (fournir ordonnance et/ou protocole si nécessaire) :

4 - DIFFICULTÉS DE SANTÉ IMPORTANTE

Préciser si maladie, accident, crise, convulsion, etc...

5 - RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc...

6 - AUTORISATIONS PARENTALES

Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées _____ Oui Non

Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées _____ Oui Non

Autorise la diffusion des photos de mon enfant (plaquette, presse, site internet, exposition) — Oui Non

Autorise mon enfant à pratiquer des sports de pleine nature _____ Oui Non

Autorise mon enfant à se baigner et à pratiquer des activités nautiques _____ Oui Non

Mon enfant sait-il nager ? _____ Oui Non

Je souhaite apporter des précisions supplémentaires :

7 - ASSURANCE EN RESPONSABILITÉ CIVILE POUR LES ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

Nom de la compagnie :

Adresse :

N° de contrat :

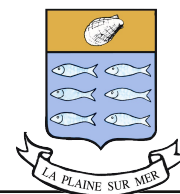
Je soussigné(e)

représentant légal de l'enfant

Certifie exact les renseignements portés sur cette fiche et je m'engage à en signaler toutes modifications et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant sur conseil médical et m'engage à rembourser les frais correspondants.

Date :

Signature :



L'ENFANT

NOM : Garçon Fille

Prénom :

Date de naissance :

Ecole : Classe :

Inscrit sous numéro Sécurité sociale Père Mère

Caisse de :

n° SS parent :

Médecin traitant

Nom :

Adresse :

Tél :

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
NOM		
Prénom		
Adresse		
Mail		
N°tél domicile		
N°tél portable		

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence Idem enfant 1

NOM			
Prénom			
N°tél domicile			
N°tél portable			
N°tél professionnel			

Personnes autorisées à accompagner ou à venir chercher l'enfant

NOM			
Prénom			
N°tél domicile			
N°tél portable			
N°tél professionnel			

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

Enfant 2

1 - VACCINATIONS

Joindre une copie du carnet des vaccinations

Les vaccins obligatoires sont : DT/Polio et Pentacoq

Les vaccins recommandés sont : Hépatite B, Rubéole/Oreillons/Rougeoles et Méningite C

2 - SUIVI DES MALADIES

Rubéole

Oui Non

Varicelle

Oui Non

Angine

Oui Non

Rhumatisme

Oui Non

Scarlatine

Oui Non

Coqueluche

Oui Non

Otite

Oui Non

Rougeole

Oui Non

Oreillons

Oui Non

3 - ALLERGIES

Asthme

Oui Non

Alimentaire

Oui Non

Médicamenteuse

Oui Non

Maquillage

Oui Non

Autre (à préciser) :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (fournir ordonnance et/ou protocole si nécessaire) :

4 - DIFFICULTÉS DE SANTÉ IMPORTANTE

Préciser si maladie, accident, crise, convulsion, etc...

5 - RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc...

6 - AUTORISATIONS PARENTALES

Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées _____ Oui Non

Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées _____ Oui Non

Autorise la diffusion des photos de mon enfant (plaquette, presse, site internet, exposition) — Oui Non

Autorise mon enfant à pratiquer des sports de pleine nature _____ Oui Non

Autorise mon enfant à se baigner et à pratiquer des activités nautiques _____ Oui Non

Mon enfant sait-il nager ? _____ Oui Non

Je souhaite apporter des précisions supplémentaires :

7 - ASSURANCE EN RESPONSABILITÉ CIVILE POUR LES ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

Nom de la compagnie :

Adresse :

N° de contrat :

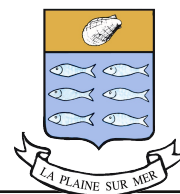
Je soussigné(e)

représentant légal de l'enfant

Certifie exact les renseignements portés sur cette fiche et je m'engage à en signaler toutes modifications et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant sur conseil médical et m'engage à rembourser les frais correspondants.

Date :

Signature :



L'ENFANT

NOM : Garçon Fille

Prénom :

Date de naissance :

Ecole : Classe :

Inscrit sous numéro Sécurité sociale Père Mère

Caisse de :

n° SS parent :

Médecin traitant

Nom :

Adresse :

Tél :

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
NOM		
Prénom		
Adresse		
Mail		
N°tél domicile		
N°tél portable		

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence

NOM			
Prénom			
N°tél domicile			
N°tél portable			
N°tél professionnel			

Personnes autorisées à accompagner ou à venir chercher l'enfant

NOM			
Prénom			
N°tél domicile			
N°tél portable			
N°tél professionnel			

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

Enfant 3

1 - VACCINATIONS

Joindre une copie du carnet des vaccinations

Les vaccins obligatoires sont : DT/Polio et Pentacoq

Les vaccins recommandés sont : Hépatite B, Rubéole/Oreillons/Rougeoles et Méningite C

2 - SUIVI DES MALADIES

Rubéole

Oui Non

Varicelle

Oui Non

Angine

Oui Non

Rhumatisme

Oui Non

Scarlatine

Oui Non

Coqueluche

Oui Non

Otite

Oui Non

Rougeole

Oui Non

Oreillons

Oui Non

3 - ALLERGIES

Asthme

Oui Non

Alimentaire

Oui Non

Médicamenteuse

Oui Non

Maquillage

Oui Non

Autre (à préciser) :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (fournir ordonnance et/ou protocole si nécessaire) :

4 - DIFFICULTÉS DE SANTÉ IMPORTANTE

Préciser si maladie, accident, crise, convulsion, etc...

5 - RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc...

6 - AUTORISATIONS PARENTALES

Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées _____ Oui Non

Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées _____ Oui Non

Autorise la diffusion des photos de mon enfant (plaquette, presse, site internet, exposition) — Oui Non

Autorise mon enfant à pratiquer des sports de pleine nature _____ Oui Non

Autorise mon enfant à se baigner et à pratiquer des activités nautiques _____ Oui Non

Mon enfant sait-il nager ? _____ Oui Non

Je souhaite apporter des précisions supplémentaires :

7 - ASSURANCE EN RESPONSABILITÉ CIVILE POUR LES ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

Nom de la compagnie :

Adresse :

N° de contrat :

Je soussigné(e)

représentant légal de l'enfant

Certifie exact les renseignements portés sur cette fiche et je m'engage à en signaler toutes modifications et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant sur conseil médical et m'engage à rembourser les frais correspondants.

Date :

Signature :