



**FICHE DE RENSEIGNEMENT**  
**EN VUE D'UNE PREINSCRIPTION**  
**AUX SERVICES PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES**

**ATTENTION : Cette fiche de renseignement ne vaut pas inscription définitive**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe :  Féminin  Masculin

Né(e) le : ...../...../..... A : .....

Adresse principale de l'enfant :

N°..... Rue..... Code postal.....

Commune de résidence : .....

Ecole fréquentée : .....Classe : .....

**RENSEIGNEMENTS RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)**

	Responsable 1	Responsable 2
NOM		
Prénoms		
Lien avec l'enfant		
Date de naissance		
N° Allocataire : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA		
<b>Quotient familial</b>		
Téléphone fixe		
Portable		
Nom de l'employeur et Tél.		
<b>Adresse mail</b>		
<b>Affiliation pour les prestations sociales de l'enfant : <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2</b>		

Autre(s) personne(s) à contacter en cas d'urgence :

- 1- M/Mme..... Lien avec l'enfant : .....
- 2- M/Mme..... Lien avec l'enfant : .....
- 3- M/Mme..... Lien avec l'enfant : .....
- 4- M/Mme..... Lien avec l'enfant : .....

**AUTORISATIONS (cocher les cases) :**

Je soussigné(e) M/Mme ..... responsable de l'enfant .....

autorise mon enfant à participer à l'intégralité des activités et sorties organisées en Accueil de Loisirs.

autorise M. / Mme .....

M. / Mme .....

M. / Mme .....

M. / Mme .....

à reprendre mon enfant et dégage la CCSSOM de toute responsabilité.

**Documents à joindre au dossier d'inscription :**

- **Attestation CAF ou MSA (avec mention du quotient familial)**
- **Photocopies du carnet de santé (vaccins)**

A : ..... Le .....

Signature :





# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ENFANT

Nom:..... Prénom : .....

Sexe : Garçon  Fille  Date de naissance : ...../...../.....

## VACCINATIONS

**Merci de fournir la photocopie du carnet de santé ou un certificat attestant la vaccination de votre enfant.**

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

.....  
.....  
.....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

L'enfant présente-t-il une allergie ? Oui  Non

L'enfant bénéficie t'il d'un traitement pour l'asthme ? Oui  Non

Si autre, précisez :

.....  
.....

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération chirurgicales) :

..... le ..... / ..... / .....  
..... le ..... / ..... / .....  
..... le ..... / ..... / .....  
..... le ..... / ..... / .....

## RECOMMANDATION DES PARENTS (Champ non obligatoire)

.....  
.....  
.....

**Pour tout traitement médical, même ponctuel, merci de joindre systématiquement l'ordonnance.**

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui  Non

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tel. Domicile : .... / .... / .... / .... / .... Tel. Travail : .... / ... / .... / .... / ....

N° de S.S : .....

## AUTRE(S) PERSONNE(S) A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

1°) Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Tel : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

2°) Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Tel : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

3°) Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Tel : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

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

Le ..... / ..... / .....

Signature,