

2/ MON ENFANT (1 fiche par enfant)

Nom : Prénom :
Date de naissance : Classe à la rentrée prochaine :

INSCRIPTION				
	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
RESTAURANT SCOLAIRE A L'ANNEE				
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESTAURANT SCOLAIRE A JOUR DETERMINE				
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLANNING OCCASIONNEL RESTAURANT SCOLAIRE				
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Jours de repas à fournir impérativement le 25 du mois pour le mois suivant.			
PERISCOLAIRE				
<input type="checkbox"/> Oui de 7 h 30 à 8 h 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oui de 8 h 30 à 8 h 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Occasionnellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oui jusqu'à 19 h 00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oui Matin & Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



L'enfant mangera-t-il au restaurant scolaire, le jour de la rentrée oui non

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Une **fiche sanitaire de liaison** doit impérativement être remise aux représentants datée et signée, avec photocopie du carnet de santé (vaccins). Cette fiche obligatoire permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et sera détruite à la fin de l'année scolaire.

En cas d'allergie ou de maladie chronique nécessitant un traitement médical particulier :

- Votre enfant est-il accompagné par une AESH : oui non
- Projet d'Accueil Individualisé (PAI) en cours oui non

Si oui, allergie alimentaire oui non / autres allergies (animaux, pollen, plantes...) oui non

.....

LE PAI DOIT ÊTRE OBLIGATOIREMENT TRANSMIS À LA MAIRIE

AUTORISATIONS		OUI	NON
J'autorise mon enfant à être pris en photo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise la mairie à utiliser les documents ou photographies pris au cours des temps cantine et Périscolaire pour la communication de la Commune	Bulletin Municipal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Site internet Intramuros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait à le

Responsable Légal 1
« Lu et approuvé »
Signature

Responsable Légal 2
« Lu et approuvé »
Signature

ACCUEIL PERISCOLAIRE 2026/2027

FICHE D'AUTORISATION DE SORTIE

Enfant : Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

LE REPRESENTANT LEGAL 1 : Père Mère Autres _____ (cochez le lien de parenté)

Nom : Prénom :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

LE REPRESENTANT LEGAL 2 : Père Mère Autres _____ (cochez le lien de parenté)

Nom : Prénom :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

- Je n'autorise pas mon enfant à quitter l'école sans être accompagné d'une personne majeure que j'ai expressément autorisé OUI NON

*Si oui, j'indique ci-dessous les personnes habilitées à prendre en charge mon enfant à la sortie du périscolaire. L'enfant sera remis à la personne **majeure** désignée. Il est vivement conseillé de prévenir les responsables périscolaires par téléphone ou par écrit en cas d'imprévu.*

- J'autorise les services municipaux à photographier l'enfant nommé, dans le cadre périscolaire et à reproduire et diffuser ces images sur les supports de communication de la commune.

OUI NON

DESIGNATION DE PERSONNES HABILITEES MAJEURES

Numéros	NOM / PRENOM	Téléphone	Lien avec l'enfant	Venir chercher le(s) enfant(s)	Être prévenue en cas d'urgence
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Une fois l'enfant sorti de l'établissement vous dégagéz la mairie et le personnel de l'accueil périscolaire de toute responsabilité.

*Responsable Légal 1
« Lu et approuvé »
Signature*

*Responsable Légal 2
« Lu et approuvé »
Signature*

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p style="text-align: center;">1 - ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicament correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
