



# FICHE D'INSCRIPTION

## SERVICE ENFANCE ET JEUNESSE

Année scolaire  
2016-2017

A remplir par les parents ou les responsables légaux, à raison d'une fiche par enfant

### Responsable légal de l'enfant

NOM PRENOM Mr : ..... NOM PRENOM Mme : .....

Lien avec l'enfant : Père  Mère  Tuteur  Organisme

allocataire CAF  n° ..... MSA  n° .....

### Coordonnées de facturation (à renseigner obligatoirement)

Adresse postale : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° téléphone fixe : ..... N° téléphone portable : .....

Nom de la compagnie d'assurance : ..... D'adhérent : .....

En cas de changement d'adresse ou de téléphone, veuillez informer le service Enfance et Jeunesse au 02 98 97 92 46

### Situation familiale des parents (à renseigner obligatoirement)

Célibataire  Marié  Union libre  Pacsé  Divorcé \*  Séparé \*  Veuf

\*dans le cas où une décision de justice est intervenue, fournir la copie du jugement concernant les dispositions relatives à la garde de l'enfant

#### Mère

#### Père

Nom : ..... Nom : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Code Postal : ..... Ville : .....

Tel Fixe : ..... Tel Fixe : .....

Tel Mobile : ..... Tel Mobile : .....

Tel pro : ..... Tel pro : .....

Adresse courriel : ..... Adresse courriel : .....

### Personne(s) à contacter en cas d'absence des parents et/ou susceptible de venir chercher l'enfant à la fin des activités

| Nom & Prénom | Adresse | Téléphone(s) | Lien avec l'enfant |
|--------------|---------|--------------|--------------------|
|              |         |              |                    |
|              |         |              |                    |
|              |         |              |                    |

### ---- Enfant ----

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

Ecole fréquentée par l'enfant (2015-2016) : ..... Classe (rentrée 2016) : .....

### La restauration scolaire

Alimentation : Tous aliments  Sans porc  Autre

PAI\* : Oui  Non

\*Toute allergie alimentaire et traitement médical spécifique doivent être signalés obligatoirement au directeur d'école, qui remet aux parents le document précisant la procédure en la matière. (P.A.I. : Projet d'Accueil Individualisé.)

### Type d'abonnement :

Régulier (tous les jours)  Occasionnelle (au ticket) :

Certains jours, Préciser le(s) jour(s) Lundi :  Mardi :  Jeudi :  Vendredi :

### Les accueils périscolaires (Garderie matin et soir)

Merci de préciser si votre enfant fréquentera l'accueil

#### Accueil du matin (7h-8h35) :

Régulier (tous les jours)  Occasionnelle  Jamais

Certains jours, préciser le(s) jour(s) Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi

#### Accueil du soir (16h30-19h) :

Régulier (tous les jours)  Occasionnelle  Jamais

Certains jours, préciser le(s) jour(s) Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

\*Veuillez informer le service enfance 24h avant chaque présence.

### La micro garderie

Merci de préciser si votre enfant fréquentera l'accueil

#### École maternelle du Bourg :

De 16h à 16h30 le : Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  Jamais

De 11h45 à 12h30 le : mercredi matin  Jamais

Mon enfant fréquentera L'ALSH le mercredi après midi

#### École élémentaire du Bourg :

De 16h à 16h30 le : Lundi  Jeudi  Jamais

De 12h15 à 12h30 le : mercredi matin  Jamais

Mon enfant fréquentera L'ALSH le mercredi après midi

#### Ecole de Cadol :

De 16h à 16h30 le : Mardi  Vendredi  Jamais

De 12h15 à 12h30 le : mercredi matin  Jamais

Mon enfant fréquentera L'ALSH le mercredi après midi

Un animateur conduira mon enfant (Minibus) à l'ALSH

Je soussigné, Mme, M. ...., responsable légal de l'enfant inscrit sur la présente fiche, reconnais avoir pris connaissance et approuvé le règlement du service Enfance et Jeunesse de Melgven, qui m'a été remis lors de l'inscription de mon ou mes enfants au service périscolaire et de restauration.

Fait à : ....., le ..... Signature du représentant légal

Verso à compléter.....

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

**Enfant :**     fille    garçon    Date de naissance :.....

Nom : .....Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

### I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| Vaccins obligatoires | ino |     | Dernier rappel | Vaccins recommandés | ino |     | Date |
|----------------------|-----|-----|----------------|---------------------|-----|-----|------|
|                      | oui | non |                |                     | oui | non |      |
| Diphtérie            |     |     |                | Hépatite B          |     |     |      |
| Tétanos              |     |     |                | Rubéole             |     |     |      |
| Poliomyélite         |     |     |                | Coqueluche          |     |     |      |
| ou DT polio          |     |     |                | Autres (préciser)   |     |     |      |
| ou Tétracoq          |     |     |                |                     |     |     |      |
| B.C.G.               |     |     |                |                     |     |     |      |

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ?     oui    non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

**Attention :** aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

| Rubéole   | Varicelle   | Angine  | Scarlatine  | Coqueluche  |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Otite   | Rougeole  | Oreillons   | Rhumatisme articulaire aigu                               |   |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |   |

**Allergies :** médicamenteuses    oui    non                    asthme    oui    non  
 Alimentaires                     oui    non                    autres    oui    non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

### III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

### IV AUTORISATIONS :

- Autorisez-vous l'utilisation de l'image de votre enfant ?    oui    non

- Autorisez-vous votre enfant à rentrer seul après la classe et/ou l'accueil de loisirs ?  
 oui    non

### V - Responsable légal de l'enfant :

Nom ..... Prénom .....

Adresse pendant le séjour : .....

Tél. domicile : ..... travail : .....portable : .....

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) : .....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare 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. Reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur et du projet pédagogique du service Enfance Jeunesse (consultables sur le site [www.melgven.fr](http://www.melgven.fr))

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

|  |
|--|
| Service enfance jeunesse<br>Ville de Melgven<br>4 place de l'église<br>29140 Melgven |
|--|

Observations :