

# TEMPS PERISCOLAIRES 2024-2025

## FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS

Cette fiche est à compléter intégralement et à signer.

### 1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : ..... Date de naissance : .....  
Prénom : .....

### 2. FOYER DE L'ENFANT

#### REPRÉSENTANTS LÉGAUX

#### PÈRE / MÈRE

Autorité parentale :  Oui  Non

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....

N° De Sécurité Sociale : .....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone portable : .....  
**E-mail** : .....  
Profession : .....  
Employeur : .....  
Situation familiale : .....

#### MÈRE / PÈRE

Autorité parentale :  Oui  Non

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....

N° De Sécurité Sociale : .....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone portable : .....  
**E-mail** : .....  
Profession : .....  
Employeur : .....  
Situation familiale : .....

**Joindre le justificatif de domicile en cas de changement d'adresse**  
**Joindre la copie du jugement en cas de divorce ou séparation**

### 3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET AUTRES

L'enfant a-t-il des allergies ? (Si oui, précisez)

- Alimentaires : .....  
Toute allergie déclarée fera l'objet d'un suivi qui statuera de la mise en place d'un panier repas ou non.  
 Environnementales : .....  
 Médicamenteuses : .....

L'enfant a-t-il un PAI ? Oui  Non

**Les responsables légaux doivent renouveler leur PAI à chaque rentrée scolaire auprès de la Médecine Scolaire.**

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui  Non

Si oui joindre une ordonnance datant de moins de 6 mois et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Afin d'organiser la prise en charge la plus adaptée, nous avons besoin de savoir si votre enfant est en situation de handicap : Oui  Non

Si oui, lequel.....

L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies suivantes :

- |                                    |                                  |                                     |                                     |
|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rougeole  | <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Varicelle  | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Otite   | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Angine     |

Autres difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

.....

Recommandations des parents (lunettes, prothèses auditives etc...) :

.....

### **Médecin traitant**

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone .....

### **RÉGIME ALIMENTAIRE :**

Observations : .....

Votre enfant mange-t-il de la viande de porc ? Oui  Non

### **LES VACCINS :**

DTCP : ..... Date du dernier rappel : .....

Haemophilus Influenzae B : ..... Date du dernier rappel : .....

Pneumocoque : ..... Date du dernier rappel : .....

Méningocoque C : ..... Date du dernier rappel : .....

Rougeole, Oreillons, Rubéole : ..... Date du dernier rappel : .....

Hépatite B : ..... Date du dernier rappel : .....

## **4. MUTUELLE SANTÉ DE LA FAMILLE**

Compagnie : ..... N° Adhérent : .....

Adresse : .....

Date d'expiration du contrat : .....

## **5. ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE**

Les organisateurs sont tenus d'informer les représentants légaux des mineurs de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance.

- Mon enfant est affilié à une **assurance extra-scolaire** avec responsabilité civile pour l'année scolaire en cours :

Oui  Non

Pour que votre enfant puisse participer à un mini séjour durant l'un des deux mois d'été, il vous sera demandé aussi la clause du rapatriement en plus.

- Joindre la copie de l'attestation d'assurance

Fait à Villiers-sur-Marne, le ..... **Signature(s)**