

INSCRIPTION AUX ACTIVITES PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES

ECOLE

CLASSE

ENFANT

Nom

Prénom

Date de naissance

Lieu de naissance :

PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs :

☐ Oui

☐ Non

AUTORISATION D'UTILISATION DE PHOTOGRAPHIES PRISES LORS DES ACTIVITES

Le représentant légal autorise Sartrouville Animation et/ou IFAC à réaliser des prises de vues photographiques pendant le déroulement des activités, sur lesquelles peut figurer l'enfant mentionné sur cette fiche.

Il autorise Sartrouville Animation et/ou IFAC à utiliser librement ces photographies sur ses supports de communication : documents de présentation, publications, sites internet, expositions, etc., sans demande de rémunération ni droit d'utilisation.

Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une diffusion ou d'une utilisation commerciale.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photographies ne devront pas porter atteinte à l'image et/ou à la réputation de l'enfant.

☐ Oui

☐ Non

INFORMATION SUR LES DONNEES PERSONNELLES COLLECTEES

Les informations recueillies dans ce formulaire sont nécessaires à l'inscription et à la gestion administrative de votre dossier. Elles font l'objet d'un traitement informatique destiné aux services administratifs de Sartrouville Animation. Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et, le cas échéant, d'opposition concernant les informations vous concernant.

Pour exercer ces droits ou obtenir communication des informations vous concernant, vous pouvez vous adresser à la direction de Sartrouville Animation.

ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ (AEEH)

Je souhaite signaler que je suis bénéficiaire de l'AEEH pour mon enfant

☐ Oui

☐ Non

(Cette information nous permet de déclarer de manière anonyme les temps passés sur le service pour avoir une aide complémentaire permettant une meilleure inclusion des enfants qui en auraient besoin).

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Je soussigné(e) , déclare avoir reçu et pris connaissance du règlement de fonctionnement, m'engage à le respecter sans réserve et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche.

Date

Signature

Documents à joindre obligatoirement au dossier

- Le dossier d'inscription dûment complété
- Copie du carnet de vaccination à jour de votre enfant
- Pour les enfants présentant une allergie, une maladie chronique ou nécessitant un accompagnement particulier, merci de fournir obligatoirement une copie du PAI et/ou du PAEA en cours de validité.
- Attestation CAF ou MSA à défaut dernier avis d'imposition sur les revenus
- Tout d'autre document résultant d'un changement de situation familiale

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SELON LE CERFA N°10008*02 DU MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

ENFANT

Nom Prénom

Né(e) le Sexe

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant.)

Vaccination obligatoire	Enfant concerné	Oui	Non	Date dernière dose / rappel
Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite (DTP)	Tous les enfants			
Coqueluche	Nés à partir du 01/01/2018			
Haemophilus influenzae b (Hib)	Nés à partir du 01/01/2018			
Hépatite B	Nés à partir du 01/01/2018			
Pneumocoque	Nés à partir du 01/01/2018			
Rougeole - Oreillons - Rubéole (ROR)	Nés à partir du 01/01/2018			
Méningocoque C	Nés du 01/01/2018 au 31/12/2022			
Méningocoques ACWY	Nés à partir du 01/01/2023			
Méningocoque B	Nés à partir du 01/01/2023			

Pour les enfants nés avant le 01/01/2018, seul le DTP est exigé au titre de l'obligation vaccinale pour l'admission en collectivité.

En cas de contre-indication médicale reconnue à une vaccination obligatoire, joindre un certificat médical.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Maladies

Précisez ci-dessous les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

- L'enfant mentionné sur cette fiche est apte à la pratique d'activités physiques : ☐ Oui ☐ Non

Médecin traitant

Nom Tél

• Traitement médical

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant l'accueil ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

- **Allergies :**
Alimentaires ☐ Oui ☐ Non
Médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non

Asthme / autres (animaux, plantes, pollen) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

- **Autres**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèse auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez ci-dessous :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un régime alimentaire spécifique sans porc ?

☐ Oui

☐ Non

- **Projet d'Accueil Individualisé**

Si votre enfant souffre d'une maladie chronique ou d'allergies nécessitant la prise de médicaments ou qu'il a besoin de traitements particuliers, il est nécessaire d'élaborer un PAI.

Le mineur présente-t-il un problème de santé : (maladie, crises, convulsions, opération ...)

☐ Oui

☐ Non

Si oui, merci de préciser la conduite à tenir :

Mise en place d'un PAI/PAEA ☐ Oui ☐ Non

Nature du PAI/PAEA :

- Votre enfant bénéficie-t-il d'un(e) **AAEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé)** ?

☐ Oui

☐ Non

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

AUTORISATIONS DIVERSES

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

Date :

Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENT FAMILLE

Renseignez obligatoirement une fiche par famille dans le cas d'accueil de mineurs.

FAMILLE

Nom			
Adresse			
CP / Ville		Quartier	
Situation familiale			
Nombre d'enfant à charge			
Assurance Responsabilité civile		N° de police	
E-mail			
N° de sécurité sociale dont l'enfant dépend			

RESPONSABLE 1

Nom		Autorité parentale	☐ Oui ☐ Non
Prénom		Né(e) le	
Tél domicile		Tél mobile	
N° Allocataire CAF		Quotient familial	
Profession		Société	
Tél professionnel		Catégorie Socio Professionnelle	

RESPONSABLE 2

Nom		Autorité parentale	☐ Oui ☐ Non
Prénom		Né(e) le	
Tél domicile		Tél mobile	
N° Allocataire CAF		Quotient familial	
Profession		Société	
Tél professionnel		Catégorie Socio Professionnelle	

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES