



DOSSIER D'INSCRIPTION

2020-2021

Commun aux 4 services :
Restaurant scolaire
Accueil de loisirs périscolaire
Garderie du mercredi matin
Accueil de loisirs vacances

ENFANT :

Nom : Prénom :
Date de naissance : Garçon Fille

INSCRIPTION :

Chapareillanais Extérieur à Chapareillan
Ecole publique maternelle Ecole publique élémentaire Ecole Bellecour
Classe : Nom de l'enseignant :

LES PARENTS : Situation familiale :

Mariés Pacsés Vie maritale Célibataire
Séparés Veuf(ve) Divorcés

Nom / prénom du père :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

Courriel :

N° allocataire CAF :

N° allocataire MSA :

Quotient :

Nom / prénom de la mère :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Portable :

Tél. Travail :

Courriel :

N° allocataire CAF :

N° allocataire MSA :

Quotient :

AUTORISATION PARENTALE

ANNÉE SCOLAIRE : 2020 - 2021

Les parents sont priés de venir chercher leur(s) enfant(s) ou bien de le(s) faire récupérer par une ou d'autre(s) personne(s), âgé(es) d'au moins 16 ans (pour l'accueil périscolaire), dont le(s) nom(s) est(sont) communiqué(s) au personnel d'encadrement.

Il est impératif que les familles respectent l'horaire défini.

Je soussigné(e)

➤ **AUTORISE** M ou Mme

Adresse

N° de téléphone

➤ **AUTORISE** M ou Mme

Adresse

N° de téléphone

➤ **AUTORISE** M ou Mme

Adresse

N° de téléphone

➤ **AUTORISE** M ou Mme

Adresse

N° de téléphone

À venir chercher mon(mes) enfant(s) : nom(s) - prénom(s) :

* **Autorisation obligatoire :**

J'accepte les règlements de fonctionnement

* **Autorisations facultatives :**

J'accepte que le pôle enfance-jeunesse consulte et conserve les informations mentionnées sur mes ressources par le biais de CAFPRO ou de la MSA

J'accepte que mon enfant soit pris en photo (Dauphiné, bulletin municipal, expo...)

J'autorise mon enfant à utiliser les transports (car, mini-bus, transports en commun) pour les sorties extérieures

J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul après la garderie du mercredi matin

J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul à 18h30 après l'accueil périscolaire du soir

J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul après les activités de l'accueil de loisirs à 17h30 (vacances scolaires).

Date :

Signature :

FICHE SANITAIRE 2020-2021

ENFANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE (à l'inscription) :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM / PRENOM :



VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		R-O-R	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DTP		BCG	
Ou Tétracoq		autre	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI

NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

(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 (validité maximum d'un an pour les traitements au long cours et récente pour les traitements ponctuels).

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

RUBEOLE oui non	VARICELLE oui non	ANGINE oui non	RHUMATHISME oui non	SCARLATINE oui non
COQUELUCHE oui non	OTITE oui non	ROUGEOLE oui non	OREILLONS oui non	

ALLERGIES :

ASTHME oui non	ALIMENTAIRE oui non	MÉDICAMENTEUSE oui non	AUTRES
-------------------	------------------------	---------------------------	--------

↳ Si allergie :

Avez-vous fourni une ordonnance ? oui non

Avez-vous fourni des médicaments ? oui non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler) :

PRECISEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :**

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES :

LUNETTES		LENTILLES		PROTHESES AUDITIVES		PROTHESES DENTAIRES		AUTRES
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?	oui	non
Votre enfant a-t-il des problèmes d'incontinence ?	oui	non
Votre enfant est-elle réglée ?	oui	non
Autres (précisez)		

PRECISEZ LES CONDUITES A TENIR :

MÉDECIN TRAITANT :

NOM :  :

COMMUNE :

Je soussigné(e),
atteste que la santé de mon enfant lui permet de participer aux activités sportives et de plein air organisées par la commune de Chapareillan.

Je soussigné(e),
responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Cette fiche sanitaire est valable jusqu'au 31 août 2021.

Fait à Chapareillan, le

Signature