



# DOSSIER D'INSCRIPTION

**2021 - 2022**

**Commun aux 3 services :  
Restaurant scolaire  
Accueil de loisirs périscolaire  
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 : 2021 - 2022

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 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 2021-2022

## 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
Diphthérie		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      VARICELLE      ANGINE      RHUMATHISME      SCARLATINE  
 oui     non     oui     non     oui     non     oui     non     oui     non

COQUELUCHE      OTITE      ROUGEOLE      OREILLONS  
 oui     non     oui     non     oui     non     oui     non

## ALLERGIES :

ASTHME      ALIMENTAIRE      MÉDICAMENTEUSE      AUTRES  
 oui     non     oui     non     oui     non    \_\_\_\_\_

## **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
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	_____						

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?  oui  non

Précisez : \_\_\_\_\_

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 2022.**

Fait à Chapareillan, le \_\_\_\_\_

Signature