



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	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<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