

Dossier à remettre à l'école ou au service enfance avant le 11 septembre

Nom et Prénom de l'enfant

Date de naissance

Classe

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Nom et Prénom du responsable 1

.....

Adresse

.....

Téléphone

Mail

Profession

Nom de l'entreprise

Nom et Prénom du responsable 2

.....

Adresse

.....

Téléphone

Mail

Profession

Nom de l'entreprise

Numéro d'allocataire CAF et nom du responsable du dossier

En cas de séparation, merci de cocher le mode de garde mis en place

Mère

Père

Garde alternée

Semaine PAIRE :

Semaine IMPAIRE :

Mode de facturation des prestations

Mère

Père

Père et Mère

Garde alternée (par semaine de garde)

Possibilité de mettre en place un prélèvement automatique (se rendre à la Mairie avec un RIB)

EN CAS D'URGENCE, personnes à prévenir autres que les parents

Nom et Prénom

.....

Adresse

.....

Téléphone

Lien avec l'enfant

Nom et Prénom

.....

Adresse

.....

Téléphone

Lien avec l'enfant

AUTORISATIONS

à rentrer seul

Non

Oui

après la classe (15h45) après les APS ou cour surveillée (16h45)

après le centre de loisirs du mercredi et les vacances (17h)

à partir ou non avec les personnes mentionnées ci-dessous

Non et Prénom	Lien avec l'enfant	autorisation
		<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

Que mon enfant soit photographié et filmé pour

• La structure elle-même (exposition par exemple) Oui Non

• Le site internet de la commune (uniquement photo de groupe) Oui Non

• La presse (uniquement photo de groupe) Oui Non

• Les stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage Oui Non

• Page Facebook de la Mairie (uniquement photo de groupe) Oui Non

• Blog du centre de loisirs Oui Non

Autorisation de soins

En cas d'urgence, nous autorisons :

la responsable du service enfance et son équipe à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie de notre enfant. Oui Non

les secours à transporter notre enfant vers l'hôpital de Niort ou vers les urgences les plus proches du lieu de l'accident. Oui Non

l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de notre enfant. Oui Non

INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Pour la restauration du mercredi, une inscription vous sera demandée à chaque période.

INSCRIPTION A TITRE INDICATIF

GARDERIE DU MATIN

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

A quelle heure estimez vous l'arrivée de votre enfant ?

GARDERIE DU SOIR

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

A quelle heure estimez vous le départ de votre enfant ?

ALSH DU MERCREDI (centre de loisirs)

Oui Non

ALSH DES VACANCES

Octobre Noël Février Avril Eté

REMARQUES

REGLEMENT INTERIEUR ET SIGNATURE

Nous avons lu et acceptons le règlement intérieur du service enfance ci-joint.

Fait le

Signatures

A

CONTACTS



Vanessa PIPET
Responsable du service enfance
06.48.49.43.51
serviceenfance@villiersenplaine.fr



ENFANT

Nom et Prénom de l'enfant

Date de naissance

Etablissement fréquenté

RESPONSABLES LEGAUX

Nom et Prénom

Téléphone

Nom et Prénom

Téléphone

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINS : Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite : Date du dernier rappel :

Obligatoire : Joindre la copie des vaccins ou le certificat médical attestant les vaccinations.

Toute vaccination obligatoire non à jour et non justifiée par un certificat médical fera l'objet d'un signalement auprès du médecin scolaire ou de la PMI. **ATTENTION** : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Angine Oreillons Scarlatine Varicelle Coqueluche

Rougeole Rubéole Otites Rhumatisme articulaire aigu

porte-t-il des Lentilles Lunettes Prothèses auditives Prothèses dentaires Autres

Dispositions particulières pour l'ALSH : Si votre enfant suit un traitement médical, une ordonnance récente précisant la posologie sera donnée à la responsable du service enfance avec les médicament dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation **et** votre accord écrit. **Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance**

SANTÉ DE L'ENFANT

ALLERGIES ALIMENTAIRES Oui Non Si OUI, Précisez :

ALLERGIES MEDICAMENTEUSES Oui Non Si OUI, Précisez :

ASTHME Oui **AUTRE DIFFICULTÉ DE SANTÉ** Oui Précisez :

Si OUI ci-dessus : se rapprocher de la médecine scolaire (pour les enfants de 6 ans et plus) ou de la PMI (pour les enfants de moins de 6 ans) pour étudier le nécessité de mettre en place un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

PAI Oui **Fournir une copie du PAI ainsi que le protocole d'urgence et le traitement. (1 par lieu : école - restaurant scolaire - garderie)**

ASSURANCE

CENTRE DE SÉCURITÉ SOCIALE : **N° DE SÉCURITÉ SOCIALE** :

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE : **N° DE CONTRAT** :

La commune conseille la souscription à une assurance en responsabilité civile afin de couvrir les dommages dont l'enfant serait l'auteur ainsi qu'à une assurance individuelle accident garantissant les dommages corporels subis sans qu'aucune responsabilité n'ait pu être dérogée.

Par la transmission de ce document, j'atteste de l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à informer le service enfance de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

Date :

Signature

Nom et Prénom :