

### Fiche de renseignements périscolaire cantine & garderie – 2024-2025

A remplir par les responsables légaux et à envoyer/déposer en mairie **avant le 5 Juillet 2024** - Une fiche obligatoire par enfant, à remplir chaque année, pour accéder au service de restauration municipale/garderie (hors ALSH organisé par le centre social)

Les informations personnelles recueillies sur cette fiche, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre (vos) enfant(s) à l'école et assurer la gestion des services proposés par la collectivité. Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données de la collectivité, en adressant une demande par écrit ad. Pour connaître vos droits et les modalités pour les exercer, veuillez consulter la notice d'information affichée : site internet.

### Vos autorisations

#### PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT ET/OU A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (EN DEHORS DES RESPONSABLES LEGAUX CI-AVANT)

ENFANT	
NOM : .....	Prénom : .....
Date de naissance : ..... / ..... / 20.....	Sexe : <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Adresse : .....	
Classe : .....	Ecole fréquentée : .....

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
<input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Tuteur	<input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Tuteur
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse domicile : .....	Adresse domicile : .....
Domicile	Domicile
Professionnel	Professionnel
Portable	Portable
@mail : .....	@mail : .....
Profession ou code CSP : .....	Profession ou code CSP : .....
Adresse employeur : .....	Adresse employeur : .....
Situation familiale (cocher la case)	Si séparé(e) ou divorcé(e) : <input type="radio"/> Garde monoparentale <input type="radio"/> Garde alternée : • Semaine paire chez ..... Semaine impaire chez ..... • Autre (précisez) .....

M. - Mme : .....	N° tél	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lien de parenté : .....	Prévenir en cas d'urgence	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>				
M. - Mme : .....	N° tél	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lien de parenté : .....	Prévenir en cas d'urgence	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>				
M. - Mme : .....	N° tél	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lien de parenté : .....	Prévenir en cas d'urgence	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>				
M. - Mme : .....	N° tél	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lien de parenté : .....	Prévenir en cas d'urgence	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>				

**Autorisez-vous que votre enfant soit photographié ou filmé lors de ses activités scolaires ou périscolaires à des fins de parution dans les publications municipales, envoi aux correspondants de presse, blog et sites de l'école ou publié dans des revues/sites pédagogiques ?** Oui  Non

**Autorisez-vous votre enfant à participer aux sorties de proximité organisées dans le cadre des activités périscolaires ?** Oui  Non

**Autorisez-vous votre enfant à rentrer seul à l'issue de la garderie ?** Oui  Non

**Si vous souhaitez que votre enfant parte seul de la garderie à une certaine heure, merci de le préciser :**  
Je souhaite que mon enfant parte seul de la garderie à .....

**Autorisez-vous votre enfant à être repris par une personne mineure (frère ou sœur exclusivement) désignée par vos soins ?** Oui  Non

**NOM : ..... Prénom : ..... du frère ou de la sœur**

#### AUTRES RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

N° de Sécurité Sociale auquel l'enfant est rattaché : .....  
N° de l'assurance : .....

Régime social particulier : MSA -N° d'immatriculation : .....  
 N° Allocataire C.A.F. : ..... Nom bénéficiaire : ..... Quotient familial : ..... (justificatif à joindre)

Nom et adresse de l'assurance Responsabilité Civile (Individuelle accident) ou assurance scolaire  
.....

**L'inscription des enfants sur les temps périscolaires par les familles vaut adhésion au règlement qui est notifié aux familles au moment de l'inscription.**

Lu et approuvé, le

Signature des responsables légaux

Si besoin, vous pouvez vous faire aider de votre médecin pour remplir cette rubrique

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant les nom et prénom de l'enfant et la mention "secret médical", à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

En cas d'urgence, un enfant ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par l'école ou le service périscolaire (selon le moment de la journée).

### ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil. Par exemple : les allergies alimentaires, les allergies médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux, soleil, piqûres d'insectes...) ou une opération chirurgicale récente :

Si oui, joignez un certificat médical précisant la cause, les signes évocateurs et la conduite à tenir et précisez ici :

.....

Y a-t-il des précautions à prendre ? : .....

.....

### MALADIES EN COURS

Aigues ou chroniques, indiquer uniquement celles susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil, par exemple : diabète, asthme, convulsion, allergies...

Si oui, précisez : .....

Y a-t-il des précautions à prendre ? : .....

.....

### LES MEDICAMENTS

Si un traitement est à prendre pendant le temps d'accueil de votre enfant, joindre la copie de l'ordonnance médicale.

Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Le nom et le prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage.

S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	

### A renseigner obligatoirement

VACCINATIONS OBLIGATOIRES :(Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES (pour les enfants nés à partir de 2018, recommandées pour ceux nés avant 2018) : (Rougeole, Oreillons, Rubéole, Coqueluche, Hépatite B)

VACCINATIONS RECOMMANDEES : (BCG)

Fournir un certificat de vaccinations à jour,

ou une copie lisible des "pages vaccinations" du carnet de santé de l'enfant, mentionnant ses nom et prénom,

ou un certificat médical de contre-indication le cas échéant

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique (nécessité d'un rappel tous les 5 ans) : .....

### PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (P.A.I.) ? Oui  Non

Si oui, le protocole de notre prestataire de repas complété/signé (à récupérer en mairie) et le PAI ou certificat médical doivent nous être transmis au plus tard le 12/08/2024.

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Mon enfant porte :

Des lunettes

Des prothèses auditives

Des prothèses dentaires

Autre appareillage, précisez : .....

Y a-t-il des précautions à prendre ? :

.....

### Coordonnées du médecin traitant de l'enfant :

Nom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Je soussigné(e) M – Mme ..... responsable légal de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire présent à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.

Je m'engage à communiquer toutes modifications de renseignements concernant mon enfant qui pourraient intervenir au cours de l'année scolaire.

Lu et approuvé, le

Signature du. des responsable(s) légal(aux)