



# DOSSIER D'INSCRIPTION

## 2017-2018

**Commun aux 5 services :**  
**Etude surveillée-Restaurant scolaire**  
**Garderie périscolaire-Accueil de loisirs mercredis et vacances**

### ENFANT : 1

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon ☐

Fille ☐

### ENFANT : 2

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon ☐

Fille ☐

### INSCRIPTION :

Ecole publique maternelle ☐ Ecole publique élémentaire ☐ Ecole St Hughes ☐

Classe : enfant 1:.....enfant 2.....

Nom de l'enseignant : enfant 1 .....enfant 2.....

**LES PARENTS :** Situation familiale : Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐

Nom / prénom du père : .....

.....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Tél. domicile : .....

Tél. portable : .....

Tél. travail : .....

Profession : .....

Courriel : .....

N° allocataire CAF/MSA : .....

Quotient familial : .....

Nom / prénom de la mère : .....

.....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Portable : .....

Tél. Travail : .....

Profession : .....

Courriel : .....

N° allocataire CAF/MSA : .....

Quotient familial : .....

# AUTORISATION PARENTALE

ANNÉE SCOLAIRE : 2017 - 2018

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 .....

En cas d'inscription régulière (à l'année) merci de cocher les jours concernés:

Cantine:                      Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐

Garderie:    Matin :    Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐

                                 AM:            Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐

- ☐ 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'accepte les règlements de fonctionnement de tous les services
- ☐ J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul après les Temps d'Activités Périscolaires (T.A.P.) du vendredi.
- ☐ J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul après les activités de l'accueil de loisirs (mercredis et vacances scolaires)

Date : .....

Signature :

# FICHE SANITAIRE 2017-2018

ENFANT :

☐ GARCON

☐ FILLE

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.**

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

RUBEOLE  
☐ oui ☐ non

VARICELLE  
☐ oui ☐ non

ANGINE  
☐ oui ☐ non

RHUMATISME  
☐ 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  
\_\_\_\_\_

**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 ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Votre enfant a-t-il des problèmes d'incontinence ?      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Votre enfant est-elle réglée ?                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> 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 d' Allevard.

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'à fin août 2018.**

Fait à Allevard, le \_\_\_\_\_

Signature