



FICHE D'INSCRIPTION

2024-2025



FICHE SANITAIRE	
ENFANT	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Adresse :	
Date de naissance :	

INFORMATIONS MEDICALES		
Médecin traitant	Téléphone	Spécialiste
		<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autres spécialiste

Allergies

Pratiques alimentaires
<input type="checkbox"/> Aucune contre-indication <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> PAI

VACCINATIONS					
Vaccins obligatoires	Oui	Non	Vaccins recommandés	Oui	Non
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
Ou DT polio			BCG		
Ou Tétra coq					

L'enfant suit un traitement médical sur le long terme (PAI, Asthme, protocole allergie, ...)		
Raison du traitement	Liste des médicaments et posologie	Conduite à tenir ou conseil

Pensez à joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Sans ordonnance aucun médicaments ne pourra être administrés.

Remarques complémentaires : (propreté, asthme, antécédents médicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le quotidien, pathologies chroniques ou aiguës, ...)

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES		
Autorisations		Réponse
Partir seul : Nous autorisons notre enfant a quitté seul la structure		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Partir accompagner d'un mineur : Nous autorisons notre enfant a quitté accompagné d'un mineur la structure		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Appareillage		Réponse
Lunettes : Mon enfant porte des lunettes		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Appareil dentaire : Mon enfant porte un appareil dentaire		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Appareil auditif : Mon enfant porte un appareil auditif		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Handicap		Réponse
Handicapé : Mon enfant est reconnu porteur d'un handicap par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

PERSONNES A CONTACTER MAJEURES					
Contact 1			Contact 2		
Nom :			Nom :		
Prénom :			Prénom :		
Lien : père – mère – autres (précisez)			Lien : père – mère – autres (précisez)		
Tél. :			Tél. :		
Portable :			Portable :		
Appel en cas d'urgence :		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Appel en cas d'urgence :		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisé à récupérer l'enfant		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorisé à récupérer l'enfant		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Contact 3			Contact 4		
Nom :			Nom :		
Prénom :			Prénom :		
Type : père – mère – autres (précisez)			Type : père – mère – autres (précisez)		
Tél. :			Tél. :		
Portable :			Portable :		
Appel en cas d'urgence :		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Appel en cas d'urgence :		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisé à récupérer l'enfant		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorisé à récupérer l'enfant		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER			
	Nom	Prénom	Date de naissance
Personne 1			
Personne 2			
Personne 3			
Personne 4			

COMPOSITION DE LA FAMILLE

RESPONSABLES LEGAUX	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Lien : père – mère – autres (précisez)	Lien : père – mère – autres (précisez)
Situation : marié -célibataire – concubin – autres	Situation : marié -célibataire – concubin – autres
Adresse complète :	Adresse complète :
Email :	Email :
Tel du domicile :	Tel du domicile :
Portable :	Portable :
Situation professionnelle : <input type="checkbox"/> En activité : profession _____ <input type="checkbox"/> En formation/ recherche d'emploi <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	Situation professionnelle : <input type="checkbox"/> En activité : profession _____ <input type="checkbox"/> En formation/ recherche d'emploi <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

FRERE(S) & SŒUR(S)	
Enfant 1	Enfant 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Sexe :	Sexe :
Date de naissance :	Date de naissance :
Enfant 3	Enfant 4
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Sexe :	Sexe :
Date de naissance :	Date de naissance :

Nous soussignés _____
 responsables légaux de l'enfant _____

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire

Responsable 1	Responsable 2
Fait le _____ à _____	Fait le _____ à _____
Signature :	Signature :

Document à garder par les familles

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie les documents à jour suivants

- Fiche d'inscription
- Fiche d'inscription annuelle ou mensuelle
- Photocopie des vaccins de l'enfant (carnet de santé)
- Page 9 du règlement intérieur signé
- Copie recto verso de la pièce d'identité de chaque représentant légal
- Attestation d'assurance extrascolaire
- Copie de votre dernier avis d'imposition sur les revenus
- Photo de l'enfant
- Attestation d'assurance sociale (à télécharger sur votre compte ameli.fr, <https://www.msa.fr/lfp/espace-prive>, ...)
- Si responsables légaux séparés joindre un calendrier de garde
- Une attestation de mon employeur ou une copie de ma dernière fiche de paie

Coordonnées du pôle jeunesse Doris BILLER

03 89 20 90 48

06 47 09 78 43

periscolaire@saintcroixenplaine.fr

www.saintcroixenplaine.fr

Informations de fonctionnement du périscolaire

Les horaires :

- L'accueil du matin **7h30 – 8h20**, les portes ouvriront à 7h30
- L'accueil méridien **12h – 13h35**, les enfants déjeunant dans la structure Ne pourront pas quitter le périscolaire pendant ce créneau horaire
- L'accueil du soir **16h15 – 18h30**, les enfants pourront être récupérés à partir de 16h45 temps du gouter)

Une majoration de 20€ sera appliquée pour chaque enfant récupéré après 18h30 suivant règlement intérieur comme stipuler dans le règlement intérieur (CF. J. 2) *Facturation page 9*)

L'inscription et l'annulation (CF D. 2) page 3 et 4) :

- Pour le **périscolaire** (lundi mardi jeudi et vendredi) les modifications des plannings des enfants s'effectuent 48h à l'avance jours ouvrés, sous peine de facturation une fois passé ce délai. En cas de maladie, l'absence devra être signalée avant 8h00 et justifiée par un certificat médical.
- Pour l'**accueil des mercredis** les modifications seront possibles au plus tard une semaine avant.