



MAIRIE
2, Place de l'église
44110 SAINT-AUBIN DES CHATEAUX
☎ 02.40.28.47.13 ☎ 02.40.28.42.24
✉ Courriel mairie@saint-aubin-des-chateaux.fr
🌐 Site Internet www.saint-aubin-des-chateaux.fr

Cadre réservé à l'administration

Pièces	Fiche sanitaire	AP	
	IBAN	Assurances	
Pathologie régime alimentaire			

Services Périscolaires
Année scolaire 2019-2020

IDENTITE DE L'ENFANT A INSCRIRE

NOM Prénom enfant	Date naissance	École	Classe	Sexe

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

NOM :
 Prénom :
 Adresse :

 Tél. domicile :
 Tél. portable :
 Profession :
 Tél. professionnel :
 Mail :@.....

NOM :
 Prénom :
 Adresse :

 Tél. domicile :
 Tél. portable :
 Profession :
 Tél. professionnel :
 Mail :@.....

Toute modification de vos coordonnées (adresse, téléphone, mail) devra être signalée en Mairie.

Situation familiale : célibataire en concubinage pacsé(e) marié(e) veuf(ve) divorcé(e)

Régime Assurance Maladie : CAF MSA Autres (à préciser).....

Numéro d'allocataire : *En nous indiquant votre numéro d'allocataire, vous acceptez que la mairie consulte votre quotient familial sur l'application CAF Pro si vous êtes affilié(e) à la CAF de Loire-Atlantique. Cependant, si vous n'êtes pas allocataire CAF, merci de nous fournir votre attestation où est inscrit votre quotient familial.*

FACTURATION

La facture (cantine et Accueil périscolaire) sera établie au nom de :

En paiement par : chèque ou prélèvement automatique ou TIPI

En cas de paiement par prélèvement, merci de joindre un IBAN et une autorisation de prélèvement complétée et signée.

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM :
 Prénom :
 Adresse :

 Tél. domicile :

NOM :
 Prénom :
 Adresse :

 Tél. domicile :

CAS PARTICULIERS

L'enfant réside :

en famille d'accueil chez : Nom-Prénom.....

Adresse Tél. portable :

en garde alternée

INSCRIPTIONS ANNUELLES A LA CANTINE ET L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

Si l'enfant est susceptible d'utiliser un des services :

- de manière ponctuelle, merci de préciser sur le jour correspondant **OC** pour occasionnel
La réservation sera alors à confirmer selon les modalités indiquées dans les règlements intérieurs.

- de manière régulière, merci de cocher les jours de présence pour la cantine et de préciser les heures pour l'accueil périscolaire.

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil Périscolaire matin - Heure d'arrivée				
Accueil Périscolaire soir - Heure de départ				
CANTINE (oui, non ou occasionnel)				

AUTORISATIONS PARENTALES

- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de l'accueil périscolaire OUI NON
J'autorise les prises de vue et l'utilisation des images de mon enfant OUI NON
J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale pour mon enfant OUI NON

Coordonnées du médecin traitant de l'enfant : DR.....Tél.....

DOCUMENTS A FOURNIR AVEC LE DOSSIER

- Si vous n'êtes pas allocataire CAF, merci de nous joindre un justificatif de votre Quotient Familial
- Une Attestation d'assurance responsabilité civile
- Un IBAN + une autorisation de prélèvement, *téléchargeable sur le site Internet de la Mairie*, si vous optez pour ce moyen de règlement.

ENGAGEMENT DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfantcertifie exact les renseignements portés sur ce dossier d'inscription et déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs de la cantine et de l'accueil périscolaire et en accepter les termes.

Responsable légal 1

Fait à
Le

Signature précédée de la mention
« lu et approuvé »

Responsable légal 2

Fait à
Le

Signature précédée de la mention
« lu et approuvé »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

SERVICES PÉRISCOLAIRES DE SAINT-AUBIN DES CHATEAUX Année scolaire 2019-2020

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT ;

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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.

3 – 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 ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS A PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....

5 – REGIMES ALIMENTAIRES

AFIN DE RESPECTER VOS DIFFERENCES DE REGIMES ALIMENTAIRES, VEUILLEZ NOUS PRÉCISER SI VOTRE ENFANT CONSOMMERA DES REPAS :

SANS PORC VÉGÉTARIEN

6 – ALLERGIES et P.A.I.

SI VOTRE ENFANT PRÉSENTE UNE ALLERGIE, NOUS L'ACCUEILLERONS UNIQUEMENT SI UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ EST MIS EN PLACE ENTRE UN MÉDECIN, LA FAMILLE ET LES STRUCTURES D'ACCUEIL. CETTE PROCÉDURE PRÉCISE LES RISQUES, LES MÉDICAMENTS, LES DOSES, LES TEMPS D'ADMINISTRATION, AINSI QUE L'ENSEMBLE DES MANIPULATIONS A SUIVRE POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE VOTRE ENFANT

7 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE ()

.....

TÉL. FIXE, DOMICILE : BUREAU :

TEL PORTABLE : 1 2 :

e-mail@.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :