

ACCUEILS PÉRISCOLAIRES DE PLUGUFFAN  
CENTRE DE LOISIRS / ULAMIR E BRO GLAZIK  
Année 2018 - 2019



## Cadre réservé aux services administratifs

Fiche inscription R.S. / A.P.     Avis d'imposition     PAI     D.I.

## INFORMATIONS SUR L'ENFANT ACCUEILLI

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....    Age : .....    Fille     Garçon

École fréquentée :     École Antoine de Saint-Exupéry     École Notre Dame des Grâces

Classe : .....

## RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

① Nom / prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....    Ville : .....

N° de téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....    N° portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Lieu de travail : .....    N° tél travail : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
*(Entreprise et commune)*

**Mail :** .....@.....

*(Pour pouvoir accéder au « portail familles » et inscrire en ligne votre enfant, il est indispensable que vous notiez une adresse mail).*

② Nom / prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

N° de téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....    N° portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Lieu de travail : .....    N° tél travail : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
*(Entreprise et commune)*

Situation familiale (*entourez la réponse*) : marié / en concubinage / pacsé / séparé / divorcé\* / parent isolé / veuf  
*(\*Dans le cas où une décision de justice a été établie, fournir la copie du jugement concernant les dispositions de garde des enfants)*

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?    Oui     Non

Si oui, merci de nous préciser le traitement :

.....

*Nous ne pourrons être en mesure d'administrer le traitement à votre enfant sans la mise en place d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)*

Votre enfant a-t-il des allergies ?  Oui  Non

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

(En cas d'allergie alimentaire, un certificat médical et un Projet d'Accueil Individualisé **doivent être obligatoirement fournis** pour qu'un régime alimentaire soit mis en place pour votre enfant et qu'un repas soit servi → CONTACT OBLIGATOIRE AVEC LE RESPONSABLE PERISCOLAIRE)

.....  
.....

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) ? Oui  Non   
(Si oui, merci de prendre contact avec le service périscolaire pour adapter l'accueil de votre enfant)

État des vaccinations :

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATE DU DERNIER RAPPEL | VACCINS RECOMMANDES | DATE |
|----------------------|-----|-----|------------------------|---------------------|------|
| Diphtérie            |     |     |                        | Hépatite B          |      |
| Tétanos              |     |     |                        | R.O.R.              |      |
| Poliomyélite         |     |     |                        | Coqueluche          |      |
| <b>OU DTPolio</b>    |     |     |                        | Autres              |      |

Si l'enfant n'est pas à jour avec les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de non contre-indication à son accueil.

## MÉDECIN TRAITANT ET DOSSIER MÉDICAL

Nom du médecin traitant : ..... Ville : .....

N° de téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... N° de sécurité sociale : .....

Régime social : Régime général / CAF  MSA  RSI (travailleur indépendant)

Mutuelle : oui  non  Si oui, laquelle : .....

Groupe sanguin de l'enfant : .....

## INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer d'éventuels problèmes, difficultés de santé et informations utiles, en indiquant les précautions à prendre : (antécédent médical, régime alimentaire spécifique, port de lunettes, comportement de l'enfant, problèmes familiaux, droit de garde exclusif, ...) **CES INFORMATIONS SONT ESSENTIELLES AU BON DEROULEMENT DE L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT.**

.....  
.....

## RESPONSABILITÉS ET AUTORISATIONS

Je, soussigné(e) Mme / M. .....,  
responsable légal de l'enfant .....,

- ✓ Autorise l'équipe de l'accueil périscolaire et du centre de loisirs à prendre les dispositions nécessaires en matière d'hospitalisation d'urgence.
- ✓ Autorise les personnes mentionnées ci-dessous à venir chercher mon enfant :  
..... Tél. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
..... Tél. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....
- ✓ Autorise mon enfant à quitter seul l'accueil périscolaire (TAP / DECLICS ou garderie) **POUR LES CE2-CM1-CM2.**
- ✓ Autorise la diffusion de l'image de mon enfant sur tout support visuel (photos, vidéos, expositions, articles, bulletin municipal et sites internet) de la commune de Pluguffan et de l'Ulamir e bro Glazik.
- ✓ Autorise la commune et l'Ulamir à transporter mon enfant avec les véhicules des structures.
- ✓ M'engage à ce que mon enfant participe de manière assidue aux TAP / DECLICS.
- ✓ Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à : ....., le ..... / ..... / .....

Signatures :

BARRER LES AUTORISATIONS NON SOUHAITEES

