

Dossier d'inscription - FICHE ENFANT 2021/2022

À renouveler chaque année scolaire. **Remplir une fiche unique par enfant** (y compris pour les enfants dont les parents sont séparés, à signer conjointement).

Cochez le(s) service(s) dont vous souhaitez bénéficier :

<u>Enfance</u>	<u>Jeunesse (>10 – 17 ans)</u>
<input type="checkbox"/> Accueil périscolaire fréquenté Précisez : <input type="checkbox"/> Accueil(s) de loisirs fréquenté(s) Précisez : <input type="checkbox"/> Temps d'Activités Péri-éducatives Précisez :	<input type="checkbox"/> Maison(s) de Jeunes fréquentée(s) Précisez :

1- ENFANT

Garçon Fille

NOM* :	Prénom* :
Né(e) le * : / / à :	Mobile de l'enfant : (pour le service jeunesse)
Nom de l'Ecole * :	Niveau scolaire à la rentrée* :
Représentant légal N°1* :	Représentant légal N°2 :
Adresse de résidence n°1 * :	Adresse de résidence n°2 (si différente) :
Tél du représentant légal * :	

*Mention obligatoire

2- PERSONNES AUTORISEES à venir chercher l'enfant (munies d'une pièce d'identité) autres que les représentants légaux et/ou PERSONNES A CONTACTER en cas d'urgence :


Nom-Prénom	Lien avec l'enfant		Autorisée à venir chercher l'enfant	A contacter en cas d'urgence

3- AUTORISATIONS

	<u>oui</u>	<u>non</u>	<u>non concerné</u>
J'autorise le responsable de l'accueil (ou la personne désignée par celui-ci) à administrer des médicaments sur ordonnance à mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de l'accueil ou de l'activité (enfant de + 6 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise mon enfant à sortir librement de la maison des jeunes (accueil libre jeunesse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J'autorise la diffusion de la photo de mon enfant en interne sur tous les supports de diffusion de l'agglomération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	oui	non	non concerné
J'autorise la diffusion de la photo de mon enfant en externe sur tous les supports de diffusion de l'agglomération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J'autorise le transport de mon enfant en mini-bus, bus ou les déplacements à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J'autorise l'animateur à transporter dans son véhicule personnel mon enfant dans le cadre d'une animation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant 

Adresse/Commune :

Maladie Asthme : Oui Non Autre (précisez).....

Allergie

Médicamenteuse Oui Non Précisez le nom du médicament :

Alimentaire Oui Non

Autres (animaux, plantes, piqûres...) (précisez).....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé ou **PAI simplifié** précisant la nature de l'allergie et la conduite à tenir.

Il convient de demander un dossier auprès de la direction de l'école d'affectation de votre enfant. Ce dossier sera ensuite étudié et validé par le médecin référent de l'éducation nationale (conditions et protocole). Pour être officiellement finalisé, ce PAI doit être signé par la famille, par l'école et par un représentant des services

Enfant en situation de handicap Non Oui

Vaccination obligatoire (Fournir une copie du carnet de vaccinations ou **à défaut un certificat médical de contre-indication.**)

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (date dernier rappel) :

En plus des vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018 devront obligatoirement être vaccinés contre la coqueluche, l'haemophilus influenzae b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole.

Recommandations utiles des parents. **Toute question relative à la sécurité sanitaire de votre enfant devra être posée au directeur de structure.**

Votre enfant présente-t-il des difficultés de santé particulières ? Y a-t-il des recommandations particulières ? Précisez :

.....

SIGNATURE

Je soussigné responsable légal de l'enfant,

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et atteste avoir pris connaissance des modalités d'utilisation des services et m'engage à les respecter
- Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur
- M'engage à communiquer tout changement relatif aux renseignements portés sur cette fiche

Date :

Signature des représentants légaux précédée de la mention « Lu et approuvé »

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

- copie du carnet de vaccinations en mentionnant le Nom et Prénom de l'enfant
- copie du PAI validé (à défaut, le PAI en cours de validation)

Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données : Pornic agglo Pays de Retz 2 rue du Dr Ange Guépin Zac de la Chaussée 44215 PORNIC Cedex ou contact@pornicagglo.fr

Cadre réservé au service - Réceptionné le :

Saisi le :

Par l'agent :