

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES ET ACCUEILS DE LOISIRS

ANNÉE SCOLAIRE
2021-2022

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL, à remplir par les familles en début d'année scolaire et à remettre à l'enseignant.

Nom de l'établissement : Classe :

Accueil de loisirs (si différent) :

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance : ___/___/_____

Numéro de sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|

Adresse du centre de sécurité sociale : Numéro de la Caf :

Assurance scolaire : n° Adresse :

Père ou représentant légal 1 (RL1)

Nom : Adresse :

Tél. : domicile Travail Portable

Mère ou représentant légal 2

Nom : Adresse (si différente du RL1) :

Tél. : domicile Travail Portable

Personnes à prévenir en cas d'urgence (en complément des représentants)

Nom : Téléphone :

Nom : Téléphone :

J'AUTORISE MON ENFANT :

<input type="checkbox"/> à repartir seul (à partir du CE1 de préférence) :	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
à la fin des cours (16h30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à l'arrêt de car du soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à 18h (fin de l'étude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à 19h (fin de l'accueil)	<input type="checkbox"/>				

à **être repris le soir** (fin des cours, centre de loisirs ou arrêt de car) par :

Nom complet : Tél. Lien avec l'enfant

Nom complet : Tél. Lien avec l'enfant

Nom complet : Tél. Lien avec l'enfant

Nom complet : Tél. Lien avec l'enfant

Nom complet : Tél. Lien avec l'enfant

INFORMATIONS MÉDICALES

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'école ou de l'établissement, veuillez renseigner la fiche médicale confidentielle à demander auprès du directeur de l'école et la transmettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin scolaire : Centre médico-scolaire, 23 avenue de Stalingrad, 91120 Palaiseau.

Dernier rappel de vaccin antitétanique : ____/____/_____
POUR ÊTRE EFFICACE, NÉCESSITE UN RAPPEL TOUS LES 5 ANS

Médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Activités (sportives ou autres) contre-indiquées :

.....

AUTRES OBSERVATIONS

QUE VOUS JUGEREZ UTILES DE PORTER À LA CONNAISSANCE DE L'ÉTABLISSEMENT (ALLERGIES, ALIMENTATION, TRAITEMENTS EN COURS, PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

.....

.....

.....

.....

.....

DROIT À L'IMAGE

J'autorise, dans le cadre des activités organisées au centre, que mon enfant soit filmé ou pris en photo et que les images soient diffusées dans le cadre des documents municipaux :

Oui Non

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

En cas de maladie évoluant sur une longue période (ex. : allergies alimentaires), vous devez faire établir un projet d'accueil individualisé (PAI) visé par le médecin scolaire, et prévenir le directeur de l'accueil de loisirs et le directeur de l'école.

Le document est à retirer à l'école de votre enfant.

Un PAI existe déjà :
 Oui Non

Si oui :
 PAI : régime alimentaire
 PAI : affection chronique nécessitant des précautions, traitements...

Je certifie avoir pris note et fourni l'ensemble des informations indispensables à l'inscription de mon enfant. Je m'engage à respecter le règlement intérieur des accueils de loisirs.

DATE :

SIGNATURE :