

**Fiche de renseignements destinée aux services périscolaires
Garderie - Restauration
Ecole «André Labayle» de St Pierre de Mons - Année scolaire 2021/2022**

Reçu en Mairie

Photo
obligatoire

NOM de l'enfant : _____ **Prénom** : _____ **Classe** : _____

Date de Naissance : _____ **LIEU** : Commune : _____ Département : _____

Adresse de l'enfant : _____ **Sexe** : F M

N° allocataire CAF :

RESPONSABLES LEGAUX : Père Mère Autre
Parents séparés : Oui Non Si oui, enfant en garde alternée : Oui Non

Indiquer en Responsable 1, la personne qui sera référente pour tous les contacts entre la commune et la famille.

RESPONSABLE 1 : NOM : _____ Prénom : _____ Profession : _____

Situation familiale :

Adresse :

Téléphone : Domicile :

Portable :

Travail :

Mail :

RESPONSABLE 2 : NOM : _____ Prénom : _____ Profession : _____

Situation familiale :

Adresse :

Téléphone : Domicile :

Portable :

Travail :

Mail :

Dans le cas de garde alternée, les 2 parents seront destinataires des informations.

Personnes susceptibles de venir chercher l'enfant en cas d'empêchement du ou des responsables légaux :

NOM(S) - PRENOM	ADRESSE	Lien avec l'enfant	Téléphone

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

NOM(S) - PRENOM: _____ Téléphone : _____

Cochez les cases correspondantes à votre inscription :

TARIFS :	GARDERIE 1.50€ matin ou soir 2€ forfait journée*	RESTAURATION <input type="checkbox"/> 2.50€ le repas*
FREQUENTATION :	<input type="checkbox"/> Occasionnelle <input type="checkbox"/> Régulière	<input type="checkbox"/> Occasionnelle <input type="checkbox"/> Régulière

**Tarifs 2020/2021 *Les tarifs seront revus par le Conseil municipal durant l'été au regard du bilan de l'année passée.*

AUTORISATIONS :

- a) J'autorise mon enfant (ne concerne pas les enfants de maternelle) à quitter seul(e) le temps d'accueil périscolaire :
Oui Non
- b) Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant
autorise le personnel communal de l'accueil périscolaire et de la restauration à prendre toutes les mesures (respect protocole PAI, appel Secours) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- c) J'autorise les prises de vue (photographie, film) de mon enfant dans le cadre de la garderie et de la restauration et leurs utilisations.
Oui Non

Date et signatures :

***** Attention :** Pour valider l'inscription de votre enfant sur la garderie et la restauration, cette « fiche d'inscription » doit être impérativement complétée recto/verso et une attestation d'assurance + une photo pour le périscolaire doivent être jointes.

FICHE SANITAIRE - ANNEE SCOLAIRE 2021/2022

Garderie - Restauration

ECOLE « André Labayle » - SAINT PIERRE DE MONS (33)

ENFANT :

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Sexe :** F M

Né(e) le : _____

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires (*pour tout enfant né à compter de 2018) :	Date des derniers rappels :		
DTP : Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	1 ^{er} 2 ^{ème} 3 ^{ème}
Hépatite B*	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	1 ^{er} 2 ^{ème} 3 ^{ème}
ROR* : Rougeole - Oreillons - Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	1 ^{er} 2 ^{ème} 3 ^{ème}
Coqueluche*	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	1 ^{er} 2 ^{ème} 3 ^{ème}
Haemophilus influenzae B*	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	1 ^{er} 2 ^{ème} 3 ^{ème}
Pneumocoque*	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	1 ^{er} 2 ^{ème} 3 ^{ème}
Méningocoque C*	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	1 ^{er} 2 ^{ème} 3 ^{ème}

Vaccins recommandés : (rayer les vaccins non effectués)

Tuberculose -Varicelle - BCG

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE 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 aigu 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 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> la ou lesquelles

Médecin traitant (Nom et coordonnées téléphoniques) :

Nom de l'établissement hospitalier où l'enfant devra éventuellement être conduit :

Assurance extra-scolaire (fournir obligatoirement une copie de l'attestation)

Compagnie : **N° police :**

PAI : Oui Non

Observations éventuelles : (soins spéciaux, situation particulière)

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature du responsable légal :