



**Pièces à fournir :**

- ✓ Copie des pages de vaccinations du carnet de santé avec nom et prénoms de l'enfant
- ✓ Copie attestation responsabilité civile ou assurance scolaire 2019-2020
- ✓ Attestation récente du quotient familial CAF / MSA ou copie du dernier avis d'imposition

**En cas de séparation :**

- ✓ Ordonnance de jugement en cas de divorce et séparation

**En cas problème de santé :**

- ✓ Copie du P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

**L'enfant**

**Nom et prénom(s) de l'enfant :** .....

**Date de naissance :** ..... **Lieu de naissance :** .....

**Sexe :**  Féminin  Masculin

**Ecole :** ..... **Classe :** .....

**Accueil périscolaire**

**Votre enfant fréquentera l'accueil périscolaire suivant :**

- Chaumontet-Jean Moulin  Maternelle-élémentaire Méricots

**Période de fréquentation :**

- Matin (Entre 7h30 et 8h20)  Midi avec repas (Entre 11h30 et 13h20)  Soir (Entre 16h30 et 18h30)

**Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire (inscriptions, fonctionnement et règles de vie, modalités de facturation).**

La **facturation** est établie selon le **Quotient Familial** pour les **matins et soirs par la Mairie** et par les **restaurants scolaires pour le repas** (Gratuité pour l'accueil périscolaire du midi).

**Situation familiale**

**Situation familiale :**





- Mariés  PACS  Union libre  Célibataire  
 Divorcés  Séparés  Veuf(ve)

**En cas de divorce ou de séparation, préciser :**

**Autorité parentale :**  Conjointe  A la mère  Au père

**Résidence principale :**  Garde alternée  Chez la mère  Chez le père

Les parents

	Parent	Parent
Nom et prénom		
Adresse complète		
 portable		
 fixe		
 travail		
 Courriel		
N° allocataire CAF/MSA		
Facturation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Composition familiale

En cas de reconstitution familiale :

Nom et prénom(s) du conjoint : .....

Adresse complète : .....

.....

Téléphone portable : ..... Téléphone travail : .....

Personne(s) autorisée(s)

Personne(s) autorisée(s) à prendre mon enfant en charge :

↪ Nom et prénom(s) : .....

Qualité : ..... Téléphone : .....

↪ Nom et prénom(s) : .....

Qualité : ..... Téléphone : .....

↪ Nom et prénom(s) : .....

Qualité : ..... Téléphone : .....

N° de sécurité sociale : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Médecin traitant : ..... Tél. : .....

**Renseignements médicaux :**Vaccins obligatoires à jour :  Oui  Non **(Joindre copie carnet de santé)***Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, à savoir le DTP (diphtérie, tétanos et poliomyélite), fournir un certificat médical de contre-indication.***Maladies contractées :**

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angines</b>	<b>Coqueluche</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Oreillons</b>	<b>Otites</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Scarlatine</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Asthme</b>	<b>Autre (s) : A préciser.</b>			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

**Allergies :**

<b>Alimentaire</b>	<b>Préciser causes, symptômes, traitement...</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Médicamenteuse</b>	<b>Préciser causes, symptômes, traitement...</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Autres allergies</b>	<b>Préciser causes, symptômes, traitement...</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**Traitement médical :**L'enfant suit un traitement quotidien :  Oui  Non

Si oui, préciser : .....

*Si l'équipe encadrante doit administrer un traitement, joindre obligatoirement les médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec une ordonnance récente.*L'état de santé de l'enfant nécessite un traitement médical d'urgence :  Oui  Non*Si oui, un P.A.I. (Projet d'Accueil Individuel) en raison d'une pathologie chronique, d'intolérances alimentaires ou allergies doit être mis en place pour accueillir l'enfant en accueil périscolaire (Matin, midi, soir). Fournir une copie du P.A.I. ou remplir le document P.A.I. fourni par l'accueil périscolaire.**Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être donnés à la directrice de l'accueil périscolaire.***Suivi médical :**

<b>Institut spécialisé</b>	<b>Orthophoniste</b>	<b>Pédopsychiatre</b>	<b>Autre (Préciser)</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Régime alimentaire :**

Sans porc :  oui  non      Sans viande :  oui  non

Autre :  oui  non      A préciser : .....

**Autres particularités :**

Port de lunette :  oui  non      Si oui, préciser  permanent  occasionnel (Ecrans, lecture)

Prothèse dentaire :  oui  non      Prothèse auditive :  oui  non

Autre :  oui  non      A préciser : .....

**Recommandations :**

.....  
 .....

**Autorisation d'utilisation de l'image de l'enfant :**

En interne (Exposition, animations...)	Site internet de la Mairie	Support de communication	Presse locale
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Autorisation de sortir seul de l'accueil périscolaire :**  oui  non

Je soussigné(e) .....,  
 responsable légal(e) de l'enfant, **déclare exacts les renseignements portés sur ce document** et m'engage  
 à **signaler par écrit au service Education et à la directrice périscolaire tout changement de situation.**

Fait à L'Isle d'Espagnac, le .....

**Signature responsable \***

**Signature responsable\***

*\* En cas de garde alternée, la signature des deux parents est demandée.*



**Tout dossier incomplet sera refusé**



**Maternelle et élémentaire des Mérigots - Laetitia Champagne**

Tél. : 06.24.68.98.67. ou 05.45.92.13.45. / Mail : perisco.merigots@gmail.com

**Maternelle Chaumontet et élémentaire Jean Moulin - Sylvie Brethonnet**

Tél. : 06.47.40.94.56. ou 05.45.90.89.20. / Mail : sbrethonnet.lisledespagnac@gmail.com

**Service éducation - Laetitia Samson**

Tél. : 05.45.38.62.00. (Taper 3) ou par mail : education@mairie-lisledespagnac.fr