

# FICHE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE

## PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

Année scolaire 20..... / 20.....

Ecole de secteur : .....

Classe : .....

Numéro de famille : ..... Accueil de loisirs : .....

## PARTIE A REMPLIR PAR LA FAMILLE

### Renseignements sur l'enfant

Nom de l'enfant : ..... Prénom : ..... Sexe : F / M

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

L'enfant fréquentera-t-il :

restaurant scolaire  accueil post scolaire (de 16h30 à 19h15)  
↳ **de la maternelle au CP**

étude (de 16h30 à 18h)  post étude (de 18h à 19h15)  accueil de loisirs du mercredi  
↳ **à partir du CE1**

accueil pré scolaire (de 7h15 à 8h30)  
↳ **maternelle et élémentaire**

accueil de loisirs pendant les vacances scolaires

Observations de la famille : .....

### Responsables légaux de l'enfant

**Parent responsable 1 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Situation de famille (marié, vie maritale, célibataire, veuf, divorcé) : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Nom, adresse et téléphone de l'employeur : .....

**Parent responsable 2 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Situation de famille (marié, vie maritale, célibataire, veuf, divorcé) : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Nom, adresse et téléphone de l'employeur : .....

### Personnes majeures autorisées à venir chercher votre enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro de téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro de téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro de téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro de téléphone : .....

Renseignements médicaux

Problème médical nécessitant un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

Allergie  
 Asthme

Alimentaire Diabète  
 Epilepsie

Autre .....

**Vaccinations**

Vaccins obligatoires	oui	non*	Date des derniers rappels
Diphthérie			
Tétanos*			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Trétracoq			

\* Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

\* Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Autorisation parentale pour le droit à l'image

Je soussigné(e)..... responsable de l'enfant.....

autorise  
 n'autorise pas

le service Communication et Documentation ainsi que la Direction de l'Action Educative de la Ville d'Ermont à publier dans une édition municipale (affiche, guide, magazine, dépliant, site de la Ville...) la photographie de mon enfant à des fins non commerciales.

Autorisation parentale pour un départ seul (A partir de 9 ans)\*

Je soussigné(e)..... responsable de l'enfant.....

autorise mon enfant à rentrer seul à mon domicile et à quitter la structure à .....heures.  
 n'autorise pas mon enfant à rentrer seul le soir.

\* étude et accueil de loisirs

N°assurance extrascolaire : ..... Nom : .....

N°sécurité sociale : .....

N°allocataire CAF : .....

J'autorise, les référents des structures à prodiguer les premiers soins, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence.

En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital par les services d'urgence.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties proposées par la structure fréquentée hors ou dans la commune, y compris la piscine, quelque soit le mode de transport utilisé à l'exception d'une contre indication médicale indiquée.

Je m'engage à suivre le règlement intérieur et je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et seront remis à jour le cas échéant.

Ermont, le .....

**Signature des responsables légaux**