

Fiche de renseignements ACCUEIL PERISCOLAIRE (matin et soir)

Document à remplir OBLIGATOIREMENT à retourner à la mairie ou à l'adresse mail :
secretariat@mairie-moulon.fr

État Civil

Enfant

Nom : Prénom :
Né(e) le Classe :
Sexe M F

Responsable 1

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
.....
Tel :
*Mail :

Responsable 2

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
.....
Tel :
*Mail :

* J'autorise la mairie à me faire parvenir des informations concernant le périscolaire. OUI NON
En situation de garde alternée merci de renseigner le mail des 2 parents.

Renseignements Administratifs

	M.S.A	Régime Général	
Responsable 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N° Allocataire :
Responsable 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N° Allocataire :
<input type="checkbox"/> Assurance extra-scolaire couvrant l'enfant :			N° de contrat :
N° de sécurité sociale :			

Personne(s) habilitée(s) à amener et/ou venir chercher l'enfant

Nom et Prénom :	Tel :
Nom et Prénom :	Tel :
Nom et Prénom :	Tel :
Nom et Prénom :	Tel :

En cas d'urgence : Noms et numéros de téléphone de personnes à contacter

Nom et Prénom :	Tel :
Nom et Prénom :	Tel :
Nom et Prénom :	Tel :
Nom et Prénom :	Tel :

COPIES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Attestation de Sécurité Sociale du parent couvrant l'enfant
- Attestation de quotient familial (CAF/MSA)
- Attestation d'assurance extra-scolaire 2020/2021
- Avis d'imposition 2019 sur les revenus 2018



INFORMATION MÉDICALES

Projet d'accueil individualisé :

OUI NON

Si oui, merci de fournir le protocole en cours

Vaccinations obligatoires :

Si l'enfant est né avant le 1^{er} janvier 2018 :

OUI NON

Date du dernier rappel :

- Diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP) :

.....

Si l'enfant est né après le 1^{er} janvier 2018 :

- Diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP)
- Coqueluche
- Hépatite B
- Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B
- Infections invasives à Pneumocoque
- Méningocoque de sérogroupe C
- Rougeole, Oreillons, Rubéole

OUI NON

Date du dernier vaccin :

.....

En cas de contre-indication du vaccin, merci de joindre le certificat médical du Médecin

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole Varicelle Scarlatine Coqueluche Rougeole Oreillons

Allergies

Asthme oui non Médicamenteuse oui non

Alimentaires oui non Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI NON

Si, oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs boîtes d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant.

Observation particulières

.....
.....

Nom du Médecin Traitant :

Tél. : Commune :

Je soussigné(e).....

Responsable légal de l'enfant

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Fait à, le.....

Signatures