

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL PERISCOLAIRE

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 : .....  
Tel professionnel : .....  
\*Mail : .....  
Profession : .....  
Nom et adresse de l'employeur : .....  
.....  
.....

## Responsable 2

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Tel : .....  
Tel professionnel : .....  
\*Mail : .....  
Profession : .....  
Nom et adresse de l'employeur : .....  
.....  
.....

\* 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 : .....

Assurance extra-scolaire couvrant l'enfant : N° de contrat : .....  
N° de sécurité sociale : .....

Joindre obligatoirement l'attestation de quotient familial 2021 (CAF/MSA)

## 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 des personnes à contacter

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

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<sup>er</sup> janvier 2018 : OUI NON Date du dernier rappel :  
• Diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP) :   .....

Si l'enfant est né après le 1<sup>er</sup> 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 OUI NON Date du dernier vaccin :  
  .....
- Rougeole, Oreillons, Rubéole   .....

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 boites d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant.

**Observations 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

## COPIES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Attestation de Sécurité Sociale du parent couvrant l'enfant
- Attestation de quotient familial 2021 (CAF/MSA)
- Attestation d'assurance extra-scolaire 2021/2022
- Avis d'imposition 2020 sur les revenus 2019
- Avis d'imposition 2021 sur les revenus 2020

