

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 deux 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 :

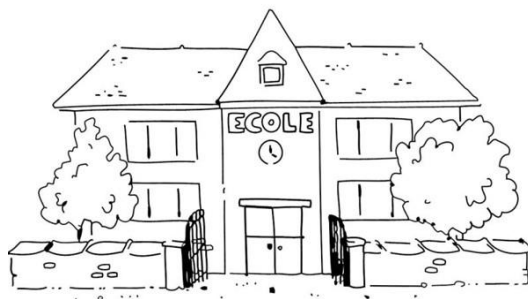
Joindre obligatoirement l'attestation de quotient familial 2024 (CAF / MSA)

PERSONNE(S) HABILITÉE(S) À AMENER ET / OU À VENIR CHERCHER L'ENFANT

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

PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

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



INFORMATIONS 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) : OUI NON

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

• Diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP) OUI NON

• Coqueluche OUI NON

• Hépatite B OUI NON

• Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B OUI NON

• Infections invasives à Pneumocoque OUI NON

• Méningocoque de sérogroupe C OUI NON

• 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.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

Observations :

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

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 2024 (CAF / MSA)
- Attestation d'assurance extra-scolaire 2024-2025
- Copie de la page des vaccins du carnet de santé