

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU SERVICE ENFANCE

RENTREE SCOLAIRE 2022/2023

CETTE FICHE NE VAUT PAS INSCRIPTION

TOUTE INSCRIPTION A LA RESTAURATION SCOLAIRE, AU CENTRE DE LOISIRS DU MERCREDI ET AUX VACANCES SCOLAIRES DEVRA ETRE FAITE AU SERVICE SCOLAIRE EN MAIRIE OU PAR MAIL (scolaire@marollesenbrie.fr)

ATTENTION : Sans la remise de ce document, votre enfant ne pourra pas être accueilli sur les temps périscolaires.

A. L'ENFANT :

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

 F

 M

 Régime sans porc

Ecole :

 BUISSONS

 FORET

 Maternelle

 Elémentaire

 Maternelle

 Elémentaire

B. LES PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

 Parent 1 ou responsable légal de l'enfant

 Parent 2 ou responsable légal de l'enfant

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Adresse :

Adresse :

Email :

Email :

Tel portable :

Tel portable :

Tel professionnel :

Tel professionnel :

Employeur :

Employeur :

Profession :

Profession :

Situation familiale : Célibataire Marié En couple

En cas de séparation ou de divorce, merci de fournir un jugement concernant la garde de votre enfant.

Autorise mon enfant à quitter seul

Horaires (entourer l'heure correspondante)

	oui	non	11h30	13h30	17h00
Mercredi					
Vacances scolaires					

C. AUTORISATIONS PARENTALES (AUTRES QUE LES PARENTS)

Nom / Prénom	Téléphone	Habilité à récupérer l'enfant	A contacter en cas d'urgence

Je n'autorise personne à récupérer mon enfant

Autorise les encadrants du service enfance à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (appel des secours) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.	oui	non
Autorise le transport de mon enfant via : minibus ou véhicules communaux, autocar et transports en commun.	oui	non
Je donne mon accord à la diffusion des photographies et vidéos de mon enfant prises lors d'activités.	oui	non

D. RENSEIGNEMENTS

Numéro de sécurité sociale :

Mutuelle : oui non Nom : N° :

Assurance responsabilité civile :

E. SANTE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel	Date du dernier rappel
Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite/ Haemophilus B/Coqueluche		Rougeole/Oreillons/ Rubéole
Hépatite B		Méningocoque C
Pneumocoque		Autres

L'enfant a-t-il :			Lesquelles :
Allergies			
Alimentaires	Oui	Non	
Médicamenteuses	Oui	Non	
Asthme	Oui	Non	
Traitement médical*	Oui	Non	
Autres	Oui	Non	

MEDECIN TRAITANT

Nom

Tél.

Adresse

*joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).
Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Pour les enfants ayant une allergie ou une particularité, un projet d'accompagnement individualisé (PAI) doit être mis en place.

PAI :

Oui Non

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur ce document.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Je prends connaissance du règlement intérieur du Service Scolaire consultable et téléchargeable sur https://www.marollesenbrie.fr/cms_viewFile.php?idtf=12410&path=Reglement-interieur.pdf

Date

**Signature du parent 1 ou
du représentant légal**

**Signature du parent 2 ou
du représentant légal**