

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU SERVICE ENFANCE

RENTREE SCOLAIRE 2021/2022

**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](mailto: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 :

Prénom :

Date de naissance

 F M

Régime particulier :

Ecole :

 BUISSONS FORET Maternelle Elémentaire Maternelle Elémentaire

## B. LES PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :

Père ou responsable légal de l'enfant

Mère 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 :

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

## C. RENSEIGNEMENTS :

Numéro de sécurité sociale :

Mutuelle : oui

non

Nom :

N° :

Assurance responsabilité civile :

N° de contrat :

## D. 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 (traitement médical et intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.	oui	non
Autorise le responsable du service à donner à mon enfant des médicaments selon la prescription du médecin accompagnée d'une décharge de responsabilité.	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 de mon enfant prises lors d'activités.	oui	non
Je donne mon accord à la diffusion de l'enregistrement audiovisuel de mon enfant.	oui	non
Je donne mon accord à la diffusion des créations réalisées par mon enfant.	oui	non

Autorise mon enfant à quitter seul			Horaires (entourer l'heure correspondante)		
Mercredi	oui	non	11h30	13h30	17h00
Vacances scolaires	oui	non	11h30	13h30	17h00

## E. SANTE

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccins obligatoires	Dates		Dates
Diphtérie		Rougeole	
Tétanos		Oreillons	
Poliomyélite		Rubéole	
Haemophilus influenzae B		Méningocoque C	
Coqueluche		Pneumocoque	
Hépatite B			

L'enfant a-t-il :		Lesquelles :	
<b>Allergies</b>			
<b>Alimentaires</b>	Oui	Non	
<b>Médicamenteuses</b>	Oui	Non	
<b>Asthme</b>	Oui	Non	
<b>Traitement médical*</b>	Oui	Non	
<b>Autres</b>	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. Précisez les causes de l'allergie (alimentaires ou autres) et la conduite à tenir selon les particularités :

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](https://www.marollesenbrie.fr/cms_viewFile.php?idtf=12410&path=Reglement-interieur.pdf)

**Date**

**Signature du père ou du  
représentant légal**

**Signature de la mère ou du  
représentant légal**