

FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS

ACTIVITES PERISCOLAIRES (matin – soir)
ET EXTRASCOLAIRES (mercredis – vacances)

Année scolaire 2020/2021

Photo

à

coller

A RENDRE AU PLUS TARD LE 20 JUIN 2020 A LA CCF (complet avec pièces complémentaires)

L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM(S) : _____ SEXE : M / F

DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / _____ LIEU DE NAISSANCE (commune et département) : _____

CLASSE (reentrée 2020) : _____ ECOLE : _____

Domicile enfant : Responsable légal 1 Responsable légal 2 Responsable légal 3 garde alternée

PARENTS / RESPONSABLES LEGAUX – écrire lisiblement et en lettres majuscules de préférence

Le responsable légal 1

Père

Mère

marié(e) union libre pacsé(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) célibataire(e)

NOM : _____ NOM DE NAISSANCE : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____

Employeur : _____

Tel fixe : _____ Tel portable : _____ Tel. Pro : _____

Courriel : _____ @ _____

N° allocataire : Caf / MSA : _____

N° sécurité sociale : _____

Le responsable légal 2

Père

Mère

marié(e) union libre pacsé(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) célibataire(e)

NOM : _____ NOM DE NAISSANCE : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____

Employeur : _____

Tel fixe : _____ Tel portable : _____ Tel. Pro : _____

Courriel : _____ @ _____

N° allocataire : Caf / MSA : _____

N° sécurité sociale : _____

Le responsable légal 3

Tuteur(trice), famille d'accueil...

Lien avec l'enfant : _____

NOM : _____ NOM DE NAISSANCE : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____

Employeur : _____

Tel fixe : _____ Tel portable : _____ Tel. Pro : _____

Courriel : _____ @ _____

N° allocataire : Caf / MSA : _____

N° sécurité sociale : _____

FICHE SANITAIRE ET D'URGENCE – Année scolaire 2020/2021

NOM : _____

PRENOM(S) : _____

DATE DE NAISSANCE : ___/___/_____

CLASSE (rentrée 2020) : _____

DONNEES SANITAIRES

❶ VACCINATIONS :

Date du dernier rappel DTPolio : ___/___/___

- Enfant né avant le 1^{er} janvier 2018 : DTPolio obligatoire
- Enfant né à partir du 1^{er} janvier 2018 : DTPolio – Haemophilus b – Hépatite B – coqueluche – rougeole – oreillons – rubéole – pneumocoque et méningocoque obligatoires

Fournir **obligatoirement** une copie des pages de vaccination (Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication)

❷ **Nom – Adresse – n° téléphone du médecin traitant :** _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

♦ Dispose-t'il d'un Protocole d'Accueil individualisé (PAI) ? Oui Non
 ↪ (si oui, joindre une copie)

♦ Prend-il un traitement médical régulier ? Oui Non

♦ Souffre-t'il d'allergies ? médicamenteuse alimentaire
 asthme autre : _____

❸ **INFORMATIONS SANITAIRES DIVERSES / RECOMMANDATIONS** (maladie, accident, lunettes, prothèses auditives ...)

A noter : en cas d'allergie, handicap, maladie chronique avec régime alimentaire ou prise en charge adaptée durant les activités scolaires, péri-, extra-scolaires) un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) établi par un médecin et associant les différents partenaires (école/mairie/CCF) est nécessaire.

ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE DE L'ENFANT (copie(s) à joindre obligatoirement ou fournir dès la rentrée)

Responsabilité civile : Compagnie d'assurance : _____ N° de police d'assurance : _____

Individuelle accident : Compagnie d'assurance : _____ N° de police d'assurance : _____

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT ET/OU A PREVENIR EN CAS D'URGENCE - autres que les représentants légaux

Personne 1 : NOM : _____ PRENOM : _____ Lien : _____

autorisée à récupérer l'enfant à prévenir en cas d'urgence (susceptible de vous joindre rapidement)

Tel fixe : _____ Tel portable : _____ Tel. Pro : _____

Personne 2 : NOM : _____ PRENOM : _____ Lien : _____

autorisée à récupérer l'enfant à prévenir en cas d'urgence (susceptible de vous joindre rapidement)

Tel fixe : _____ Tel portable : _____ Tel. Pro : _____

Si plus de contacts à communiquer, merci de demander un feuillet supplémentaire à la CCF – ou téléchargeable sur www.cc-foret.fr

En cas d'urgence (accident, malaise), le responsable contacte le médecin régulateur du Samu – 15. Le directeur de l'accueil s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

	Représentant légal 1	Représentant légal 2	Représentant légal 3
Je soussigné.e.....			
Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Spécifique vacances</u> : J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour, à faire sortir mon enfant de l'hôpital, après une hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait le :			
Signature :			

AUTORISATIONS

Chaque personne référencée comme représentant légal de l'enfant doit compléter, dater et signer l'ensemble des rubriques

	Représentant légal 1	Représentant légal 2	Représentant légal 3
Je soussigné.e. : Nom En tant que			
❶ Autorise mon enfant (<i>élémentaire uniquement</i>) à rentrer seul à la maison après : L'accueil périscolaire : L'accueil de loisirs (mercredis – vacances) :	 oui - non* oui - non*	 oui - non* oui - non*	 oui - non* oui - non*
❷ Autorise mon enfant à participer aux sorties péri- et/ou extrascolaires et autorise le transport de mon enfant dans le cadre de ces activités (accueils de loisirs)	 oui - non*	 oui - non*	 oui - non*
❸ <u>Droit à l'image</u> : votre enfant peut être photographié ou filmé, seul ou en groupe, dans le cadre des activités pédagogiques, sur le temps péri- ou extrascolaire : <ul style="list-style-type: none">Autorise la CCF à prendre en photo ou filmer votre enfant et à les diffuser sur ses supports (site internet, bulletin communautaire ...) :	 oui - non*	 oui - non*	 oui - non*
Date :			
Signature :			

**Rayer les mentions inutiles*

ATTENTION

Il est de votre responsabilité de signaler sans tarder à la CCF tout changement survenant en cours d'année scolaire (situation familiale, coordonnées, adresse ...)

CAS PARTICULIER

Enfants en garde alternée : fournir obligatoirement un calendrier d'alternance

REGIME ALIMENTAIRE (accueil du mercredi et des vacances)

pas de régime particulier repas sans porc repas sans viande

P.A.I. (allergie ou autre trouble de santé) → précisez (et joindre PAI) : _____

Rappel : en cas d'allergie alimentaire, la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé-PAI est nécessaire.

SERVICES D'ACCUEIL PERI- ET EXTRASCOLAIRE – CCF

● Je souhaite inscrire mon enfant

à l'accueil périscolaire (matin à partir de 7h/soir jusqu'à 18h30)

à l'accueil du mercredi – toute l'année selon un planning fixe

matin repas après-midi

à l'accueil du mercredi – selon un planning variable

↳ réservations à effectuer **avant le 20 du mois pour le mois suivant**
(portail familles www.cc-foret.fr ou fiches de réservation papier)

à l'accueil vacances selon calendrier d'ouverture des accueils de loisirs vacances

↳ inscriptions et réservations à effectuer selon calendrier voté au plus tard fin septembre
(portail familles www.cc-foret.fr ou fiches de réservation papier)

● En cas de garde alternée, les factures doivent être adressées :

Responsable légal 1 / Responsable légal 2 / Responsable légal 3 / selon un calendrier d'alternance

PORTAIL FAMILLES (services d'accueil périscolaire et de loisirs gérés par la CCF)

Un accès au portail familles sera créé ou réactivé, dès traitement de ce dossier d'inscription. Vous pourrez dès lors effectuer vos demandes de réservations, modifications nécessaires, demandes d'inscriptions vacances.

Adresse mail à utiliser pour le portail familles : _____@_____

En cas de facturation selon un planning d'alternance, 2 dossiers seront créés – adresse mail pour l'accès au portail = adresse mail de chaque représentant légal, tels qu'indiqués en page 1)

Le règlement de fonctionnement des services d'accueil périscolaire et de loisirs est disponible à la CCF, dans les accueils ou consultable sur le site de la CCF www.cc-foret.fr

	Représentant légal 1	Représentant légal 2	Représentant légal 3
Je soussigné.e.....			
Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier d'inscription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteste avoir pris connaissance des termes du règlement de fonctionnement des services d'accueil péri- et extrascolaire, et en accepter les conditions :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait le :			
Signature :			

RAPPEL - DOCUMENT A JOINDRE OBLIGATOIREMENT : Copie des pages de vaccinations
DOSSIER A RENDRE OBLIGATOIREMENT A LA CCF – 15 Rue du Mail Est – 45170 Neuville-aux-Bois
ou par mail à : secretariat-enfance@cc-foret.fr