

N° DOSSIER :



FICHE INSCRIPTION PERISCOLAIRE

RENSEIGNEMENT ENFANT

GARCON FILLE

Nom :-----

Prénom :-----

Date de naissance :-----

Numéro de Sécurité Sociale :-----

N° adhérent assurance scolaire :-----

Nationalité :-----

SECTEUR D'INSCRIPTION

Lieu d'accueil

- | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Centre Ville | Ecole S.HULIC |
| <input type="checkbox"/> | Saint Maurice | Ecole J.SYMPHORIEN |
| <input type="checkbox"/> | Sables Blancs | Ecole J.VOYER |

Les activités périscolaires se déroulent du lundi au vendredi de **14h00 à 17h00**.

Je souhaite inscrire mon enfant aux activités périscolaire et m'engage à verser 10€ pour l'année scolaire 2019/2020.

- Je joins un chèque de la somme de 10 €
- Je paye en espèce la somme de 10€

Fait à Saint Laurent du Maroni le/...../.....

Signature (s) du (des) parent(s) :

N° DOSSIER : _____



Ville de
Saint-Laurent du Maroni
1949 - 2019

FICHE DE RENSEIGNEMENT

RENSEIGNEMENT ENFANT

Garçon

Fille

Nom : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____ Nationalité : _____

Ecole : _____ Classe : _____

RESPONSABLE LEGAL 1

Père

Mère

Tuteur.trice

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Adresse électronique : _____ @ _____

Profession : _____ Tél travail : _____

Numéro Sécurité sociale : _____ N° allocataire CAF : _____

RESPONSABLE LEGAL 2

Père

Mère

Tuteur.trice

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Adresse électronique : _____ @ _____

Profession : _____ Tél travail : _____

Numéro Sécurité sociale : _____ N° allocataire CAF : _____

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

AUTORISATIONS DE SORTIE :

Mon enfant est autorisé.e à partir seul.e de la structure.

Oui

Non

Dans ce cas, l'organisateur décline toute responsabilité en cas d'accident en dehors du lieu d'accueil.

Dans ce cas, les responsables légaux de l'enfant doivent venir récupérer (ou autoriser une personne à récupérer) l'enfant avant la fermeture de l'accueil.

PERSONNES AUTORISÉES (AUTRES QUE LES TUTEURS LEGAUX) À RÉCUPÉRER LES ENFANTS

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Attention : La personne doit se munir d'une pièce d'identité.

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Attention : La personne doit se munir d'une pièce d'identité.

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Attention : La personne doit se munir d'une pièce d'identité.

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise l'équipe pédagogique d'Animaroni à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités périscolaires et les accueils de loisirs :

Utilisation dans le cadre d'une activité pédagogique ou périscolaire, exposition de photographies ou de vidéos dans le cadre des activités pédagogiques ; publication sur le site Internet d'Animaroni ou de la ville de Saint Laurent du Maroni.

Oui

Non

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concernent notre enfant est garanti. Nous pourrions donc à tout moment vérifier l'usage qui en fait et nous disposons du droit de retrait de cette image si nous le jugeons utile.

Jè (nous) certifie (certifions) sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements donnés dans ce dossier et m'engage (nous engageons) à informer immédiatement les responsables en cas de changement.

Fait à Saint Laurent du Maroni, le ____/____/____ Signature(s) de(s) parent(s) :



2 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

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

3 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e) responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :



Ville de
Saint-Laurent du Maroni
1949 - 2019

Enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Ecole : _____

Lieu périscolaire : _____

Groupe : _____



Ville de
Saint-Laurent du Maroni
1949 - 2019

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente ainsi que les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

▲ *Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.* ▲

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

ZICA	CHIKUNGUNYA	DINGUE	PALUDISME	TEIGNE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	GALE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

VACCINS : Joindre la copie des vaccins

ALLERGIES : Votre enfant a-t-il des allergies ? oui non

PRÉCISEZ LA (LES) CAUSE(S) ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)

EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

.....

.....

.....

.....