**N° DOSSIER : .....**

**FICHE INSCRIPTION PERISCOLAIRE 2021/2022**

| **RENSEIGNEMENT ENFANT** | ☐ **fille** | ☐ **garçon** |
|---|---|---|

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

N° adhérent assurance scolaire : .....

Nationalité : .....

**SECTEUR D'INSCRIPTION**

Lieu d'accueil

| | | |
|---|---|---|
| ◯ | Centre ville | Ecole Solange HULIC |
| ◯ | Saint-Maurice | Ecole Joseph SYMPHORIEN |
| ◯ | Sables blancs | Ecole Jacques VOYER |

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

Je souhaite inscrire mon enfant aux activités périscolaires et m'engage à verser la somme de 10€ pour l'année scolaire 2021/2022.

- ☐ 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) :

**RESPONSABLE LEGAL 1** ☐ **Père** ☐ **Mère** ☐ **Tuteur.trice**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Portable : ..... Téléphone : .....

Adresse e-mail : ..... N° allocataire CAF : .....

Profession : ..... Tél travail : .....

**RESPONSABLE LEGAL 2** ☐ **Père** ☐ **Mère** ☐ **Tuteur.trice**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Portable : ..... Téléphone : .....

Adresse e-mail : ..... N° allocataire CAF : .....

Profession : ..... Tél travail : .....

**PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Portable : ..... Téléphone : .....

**AUTORISATION DE SORTIE :**

Mon enfant ..... Est autorisé(e) à partir de la structure.

OUI ☐

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

NON ☐

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 À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Portable : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Portable : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Portable : ..... Téléphone : .....

**Attention la personne doit se munir d'une pièce d'identité.**

## DROIT À L'IMAGE

J'autorise l'équipe périscolaire de la ville à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités pratiquées lors des accueils de loisirs :

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

OUI ☐ NON ☐

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concerne notre enfant est garanti. Nous pourrons 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.

Je (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) :

| Enfant |
|---|
| Nom : ..... |
| Prénom : ..... |
| Date de naissance : ..... |
| Ecole : ..... |
| Lieu périscolaire : ..... |
| Groupe : ..... |

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 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** oui ☐ non ☐ | **CHIKUNGUNYA** oui ☐ non ☐ | **DINGUE** oui ☐ non ☐ | **PALUDISME** oui ☐ non ☐ | **TEIGNE** oui ☐ non ☐ |
| **COQUELUCHE** oui ☐ non ☐ | **OTITE** oui ☐ non ☐ | **ROUGEOLE** oui ☐ non ☐ | **OREILLONS** oui ☐ non ☐ | **GALE** oui ☐ non ☐ |
| **RUBÉOLE** oui ☐ non ☐ | **VARICELLE** oui ☐ non ☐ | **ANGINE** oui ☐ non ☐ | **RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ** oui ☐ non ☐ | **SCARLATINE** oui ☐ non ☐ |

Vaccins : joindre la copie des vaccins

Votre enfant a-t-il des allergies ? ☐ oui ☐ non

Précisez-la (les) cause(s) et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

.....

Les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

.....

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il :

- Des lunettes ☐ oui ☐ non
- Des prothèses auditives ☐ oui ☐ non
- Des prothèses dentaires ☐ oui ☐ non

- Autres .....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom, prénom : .....

Adresse (pendant le séjour) .....

Portable : ..... Tél travail : .....

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 :