commune de DAUPHIN
Alpes de Haute Provence

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR INSCRIPTION

## RESTAURATION SCOLAIRE – ACCUEIL PERISCOLAIRE

**ANNEE 2024-2025**

INFORMATION : le règlement intérieur est disponible sur le portail famille ainsi que sur le site internet de la mairie (www.dauphin-commune.fr).

Pièces à fournir obligatoirement pour le dossier :
- Attestation d'assurance individuelle accident et responsabilité civile
- Copie du carnet de vaccination

### LE FOYER

### RESPONSABLE(S) LEGAL (AUX) DE L'ENFANT : PERE / MERE / TUTEUR (TRICE)

**PAYEUR** : PERE/MERE/TUTEUR(TRICE) (le payeur déclaré sera celui qui recevra la facture sur le portail Famille)

**MERE / PERE / TUTEUR (TRICE)**
Nom : ……
Prénom : ……
Date de Naissance : ……
Lieu de Naissance : ……
Adresse : ……
……
Code postal : ……
Ville : ……
Activité professionnelle : ……
Email : ……@……
Téléphone Portable : ……

**MERE / PERE / TUTEUR (TRICE)**
Nom : ……
Prénom : ……
Date de Naissance : ……
Lieu de Naissance : ……
Adresse : ……
……
Code postal : ……
Ville : ……
Activité professionnelle : ……
Email : ……@……
Téléphone Portable : ……

## L'ENFANT

NOM : ……PRENOM ……..
SEXE : ……
Date de naissance : ……/……/……
Classe fréquentée en 2024/2025 : …… Auxiliaire de Vie Scolaire : Oui Non
Adresse :
……
……
N° téléphone à joindre en cas d'urgence : ……/……/……/……/……..

S'il existe un Projet d'Accueil Individualisé merci de nous fournir les documents à l'inscription

Modalité d'inscription souhaitée : **Mensuel /jour(s)** de présence souhaité(s) OCCASIONNEL ☐
RESTAURATION SCOLAIRE LUNDI ☐ MARDI ☐ JEUDI ☐ VENDREDI ☐

ACCUEIL PERISCOLAIRE LUNDI ☐ MARDI ☐ JEUDI ☐ VENDREDI ☐

## AUTORISATIONS

**Personnes à prévenir en cas d'absence ou d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant**

Nom / prénom …… Téléphone ……/……/……/……/……

Nom / prénom …… Téléphone ……/……/……/……/……

Nom / prénom …… Téléphone ……/……/……/……/……

Nom / prénom …… Téléphone ……/……/……/……/……

**J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant : (hors liste d'urgence du dessus)**

Nom / prénom …… Téléphone ……/……/……/……/……

Nom / prénom …… Téléphone ……/……/……/……/……

**J'autorise mon enfant à rentrer seul : oui - non**

**J'autorise l'accueil périscolaire à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises de mon enfant dans le cadre des activités périscolaires.**

Je soussigné(e) ……., responsable légal(e) de l'enfant …… certifie l'exactitude des renseignements donnés ; certifie que mon enfant ne présente pas de contre-indications aux activités, et l'autorise à y participer ;

Autorise la personne responsable des services périscolaires à prendre toute mesure (y compris hospitalisation, anesthésie et intervention chirurgicale) nécessitée par son état de santé et selon les prescriptions du corps médical consulté.
Fait à …… Le ……
Signature

conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016, ces données ne sont transmises à aucun tiers ni à titre onéreux ni à titre gratuit. Les informations personnelles recueillies sur cette fiche, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre (vos) enfant(s) et assurer la gestion des services proposés par la collectivité territoriale en charge de leur traitement.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---|---|---|---|---|---|
| Diphtérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| | | | | Hépatite B | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...
.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR
Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
..... .....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
..... .....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :