



Septembre 2024

DOSSIER D'INSCRIPTION

RENTRÉE 2024-2025

Cher(s) parent(s),

La municipalité d'Allaire souhaite le bien-être de votre enfant. Afin que la prochaine rentrée scolaire se déroule dans les meilleures conditions, nous vous invitons à vérifier les informations et compléter si nécessaire les éléments manquants surlignés.

Ce document est à rendre avant le 7 juillet 2024.

Vous trouverez sur le site internet de la mairie d'Allaire, une fiche explicative, pour effectuer vos démarches à partir de la plateforme BL Enfance.

Mairie d'Allaire : 02 99 71 91 09 / mairie@allaire.bzh

Restaurant Scolaire : 02 99 71 91 90

Garderie municipale : 02 99 71 81 19

ALSH : 02 99 71 86 08 ou 06 59 71 68 26 / mail : alsh@allaire.bzh

FEUILLE À JOINDRE AVEC LE DOSSIER :

ATTESTATION	
Nous soussignés (*)	
Responsables légaux de l'enfant (*)	

(*) À remplir obligatoirement

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

AUTORISATION AUX SOINS D'URGENCE

(Case à cocher)

Nous soussignés, M et Mme _____, autorisons les soins d'urgence, en cas d'impossibilité de nous joindre, auprès de notre ou nos enfant(s) [Nom(s) et Prénom(s)] _____ pour toutes mesures jugées nécessaires.

AUTORISATION DE SORTIES / DÉPLACEMENTS

(Case à cocher)

J'autorise mon enfant à participer à des sorties, nécessitant ou non un déplacement, dans le cadre des activités péri et extra scolaires.

AUTORISATION DE SORTIR SEUL(E)

(Case à cocher)

J'autorise mon enfant à rentrer seul(e).

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

J'autorise mon enfant à être photographié dans le cadre pédagogique.

(Case à cocher)

J'autorise que des photos de mon enfant soient diffusées sur les supports suivants :
(Case à cocher)

Réseaux sociaux et site internet de la commune (case à cocher)

Bulletin municipal (case à cocher)

Presse locale (case à cocher)

ATTESTATION DE CAF À FOURNIR

(Case à cocher)

J'autorise la mairie à accéder à CAF PRO pour permettre l'actualisation de mon quotient familial.

NOUVEAU RIB À FOURNIR

En cas de nouveau RIB, merci de le joindre au dossier

FICHE D'INSCRIPTION

2024-2025

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	* A fournir si manquant.

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	
Assureur :	
Num :	

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance ::	Date de naissance ::
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER

Contacts existants

Nouveaux contacts

Contact	Contact		
Nom :	Nom :		
Prénom :	Prénom :		
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		
Tél. :	Tél. :		
Portable :	Portable :		
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact	Contact		
Nom :	Nom :		
Prénom :	Prénom :		
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		
Tél. :	Tél. :		
Portable :	Portable :		
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

ATTESTATION**Nous soussignés (*)****responsables légaux de l'enfant (*)**

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de la légitimité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

*** A remplir obligatoirement**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomélyète				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il **traitement** pendant le séjour ? oui non Si oui joindre **ordonnance** récente et **médicament** correspondant (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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À .)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

Numéros de téléphone :

Mère : domicile _____ portable _____ travail _____

Père : _____ portable _____ travail _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

*Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant,
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.*

N° de sécurité _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
