



Ville de  
**Montarnaud**

# Accueil de loisirs périscolaire et extrascolaire

## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2021-2022

PHOTO

**À compléter et à remettre au service enfance jeunesse**

### L'ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

N° Allocataire C.A.F. : ..... Quotient familial C.A.F. : .....

> sans n° d'allocataire CAF, obligation de fournir l'avis d'imposition N-I

Date de naissance : .....

#### École Maternelle :

PS  MS  GS

Enseignant : .....

#### École Élémentaire :

Classe : .....

Enseignant : .....

### RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Autorité parentale : Mère  Père  Autres

#### PARENT 1 :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél Dom : ..... Portable : ..... Travail : .....

Profession : .....

Mail : .....

#### PARENT 2 :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél Dom : ..... Portable : ..... Travail : .....

Profession : .....

Mail : .....

## ASSURANCE :

Joindre une attestation RC (Responsabilité Civile) ou Scolaire.

Nom de la compagnie : .....

N° du contrat : .....

## PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET HABILITÉS À VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que les parents) :

Nom : ..... Prénom : .....

Portable : .....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Portable : .....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Portable : .....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

### → PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Le présent dossier d'inscription complété et signé.
- Attestation d'assurance en cours de validité.
- 1 photo d'identité récente de votre enfant.
- Attestation quotient familial C.A.F. ou si non allocataire l'avis d'imposition N-I
- Justificatif de domicile (EDF, eau,...)
- Photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant ou une attestation médicale des vaccinations à jour (voir p.3).

### Contact : Mairie de Montarnaud

80 Avenue G. Senes

34570 Montarnaud

04 67 55 40 84 - [www.montarnaud.com](http://www.montarnaud.com)

[alsh.ouistitis@montarnaud.fr](mailto:alsh.ouistitis@montarnaud.fr) pour périscolaire et ALSH 3/5 ans (marternelle)

[alsh.katchouks@montarnaud.fr](mailto:alsh.katchouks@montarnaud.fr) pour périscolaire et ALSH 6/11 ans



# Fiche sanitaire de liaison 2021/2022

## I - L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Garçon  Fille

## 2 - VACCINATIONS

Joindre une **photocopie du carnet de vaccinations** de l'enfant ou une **attestation médicale des vaccinations à jour**.

Seul le DT Polio est obligatoire.

Si l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires, joindre alors un **certificat médical de contre-indication**.

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit un traitement médical ?  Oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente et établir un protocole d'accueil individualisé (P.A.I.)

Quelles maladies l'enfant a-t-il déjà eues ?

Rubéole  varicelle  angine  rhumatismes  scarlatine  
 Coqueluche  otite  rougeole  oreillons.

Quelles allergies l'enfant présente-t-il ? *S'il existe un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), transmettre le document au responsable périscolaire.*

Asthme  médicament  alimentation  autre

Préciser éventuellement la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....  
.....

Indiquer les **difficultés** de santé de l'enfant (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation, crises convulsives...) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

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

## 4 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

L'enfant porte :  des lunettes  des lentilles  des prothèses auditives  
 Des prothèses dentaires  autre

Précisions : .....  
.....

Régime alimentaire choisi (*cocher votre choix*)

- Classique  
 Sans Porc  
 Sans Viande

## 5 - MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin : ..... Téléphone :  
.....

## 6 - AUTORISATION INTERVENTION

Je soussigné(e), (nom prénom).....  
responsable légal de l'enfant..... (Nom, prénom de l'enfant),  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise  
le responsable de l'accueil de loisirs périscolaire municipal à présenter l'enfant  
à un médecin. J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures  
nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant,  
notamment tout examen, investigation et intervention, y compris hospitalisation et  
anesthésie générale.

## 7- RÈGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e) Mme, Mr, représentant légal de l'enfant .....  
reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils municipaux, A.L.P  
et l'A.L.S.H.

**Je l'accepte et m'engage à respecter l'ensemble des modalités.**

Fait à ..... le .....

Signature des parents :