

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS - CANTINE – GARDERIE – ACCUEIL DE LOISIRS

FICHE D'IDENTITE DE L'ENFANT (à compléter en majuscule) **A RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 4 JUILLET 2020**

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : ____/____/____ à _____

Adresse complète: _____

Sexe : masculin ☐ féminin ☐ Filière bilingue basque : OUI ☐ NON ☐
Classe : PS ☐ MS ☐ GS ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐

INSCRIPTIONS :

CANTINE

Forfait Mensuel : ☐ Tickets Journaliers : ☐

GARDERIE SCOLAIRE les jours d'école (matin et/ou soir)

Forfait Mensuel : ☐ A la carte : ☐

Possibilité ETUDE SURVEILLEE à partir du CE1 du 28/09/2020 au 24/06/2021

Mardi : ☐ Jeudi : ☐

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HERBERGEMENT

compléter la fiche sanitaire de liaison et fournir attestation d'assurance extra-scolaire

Mercredi : ☐ Vacances scolaires : ☐

MODE DE REGLEMENT :

- ☐ Par chèque bancaire ou postal

☐ Par prélèvement automatique – Fournir un RIB,
un formulaire de prélèvement automatique vous sera adressé remis lors du
dépôt de dossier (Prélèvement reconduit automatiquement l'année
suivante pour ce qui sont déjà au prélèvement)

Je soussigné(e) Madame, Monsieur _____ autorise à utiliser la
photographie de mon enfant pour le bulletin municipal ou sur le site de la Mairie de Guéthary.

OUI ☐

NON ☐

*cocher la mention souhaitée

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT (A compléter en majuscule)

Responsable 1	Responsable 2
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse (Si différente de l'enfant) : _____ _____	Adresse (Si différente de l'enfant) : _____ _____
Numéros de Téléphone :	Numéros de Téléphone :
Mobile : _____	Mobile : _____
Domicile : _____	Domicile : _____
Professionnel : _____	Professionnel : _____
E.mail : _____	E.mail : _____
N° allocataire CAF : _____	N° allocataire CAF : _____

Situation de famille : Mariés / Pacsés ou vie maritale ☐ séparés ☐ célibataire ☐ Veuf-veuve ☐

Pour les couples séparés (*joindre le jugement*), la garde de l'enfant est attribuée à : Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐

EN CAS D'ACCIDENT : Personne à prévenir autre que les parents

Nom : _____ Tél. : _____

Autorise l'administration à prendre toute mesure nécessaire - Lieu d'hospitalisation choisi : _____

LES PROCURATIONS

Toutes les personnes majeures ci-dessous désignées sont autorisées à récupérer mon enfant :

Mme, Mr _____	lien de parenté _____
N° de téléphone : _____	lieu du domicile : _____

Mme, Mr _____	lien de parenté _____
N° de téléphone : _____	lieu du domicile : _____

Mme, Mr _____	lien de parenté _____
N° de téléphone : _____	lieu du domicile : _____

Mme, Mr _____	lien de parenté _____
N° de téléphone : _____	lieu du domicile : _____

☐ j'atteste exercer le droit parental sur l'enfant et que les déclarations ci-dessus sont conformes à la réalité.

Cf. article 441-7 du code pénal

☐ je déclare avoir pris connaissance du règlement de l'année scolaire 2020 / 2021

Date et signature des parents



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

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
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	
Tétanos	☐	☐		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	☐	☐		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 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 pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

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 SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON ☐

OCCASIONNELLEMENT ☐

OUI ☐

S'IL S'AGIT DUNE 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 : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare 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 une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

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

OBSERVATIONS
