

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS - Cantine – Garderie – Accueil de Loisirs**FICHE D'IDENTITE DE L'ENFANT (à compléter en majuscule)****A RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 16 JUILLET 2021**

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 :CANTINETous les jours Occasionnel GARDERIE SCOLAIRE les jours d'école (matin et/ou soir)Forfait Mensuel A la carte Possibilité ETUDE SURVEILLEE à partir du CE1 du 28/09/2021 au 23/06/2022 (sous réserve des conditions sanitaires)Mardi : Jeudi : ACCUEIL DE LOISIRS SANS HERBERGEMENTCompléter la **fiche sanitaire de liaison** et fournir **attestation d'assurance extra-scolaire**Mercredi : Vacances scolaires : **MODE DE REGLEMENT :**

- Par chèque bancaire ou paiement en ligne (payfip.gouv.fr)

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

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 : (obligatoire) _____	N° allocataire CAF : (obligatoire) _____

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 2021 / 2022

Date :

Signature des parents


MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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 <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 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
