



# SERVICE ENFANCE JEUNESSE EDUCATION

## ACCUEILS PERISCOLAIRES MATERNELS, MERCREDIS – CLSH VACANCES

SEPTEMBRE 2021 : VOTRE ENFANT EST INSCRIT EN CLASSE de .....

- ECOLE MATERNELLE HAUT CAMBO .....  Section BILINGUES  Section MONOLINGUES  
 ECOLE MATERNELLE BAS CAMBO  
 INSCRIPTION MERCREDIS  INSCRIPTION VACANCES  INSCRIT A LA CANTINE SCOLAIRE

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM, PRENOM DE L'ENFANT .....

ADRESSE .....

DATE de NAISSANCE ..... à ..... Dépt. ....

LANGUES PARLEES .....

FRERES et/ ou SŒURS

NOM, PRENOM ..... Date de naissance .....

NOM, PRENOM ..... Date de naissance .....

NOM, PRENOM ..... Date de naissance .....

**RESERVE AU SERVICE  
ENFANCE**

VACCIN :

ASSURANCE :

IMPOSITION :

TUTEURS	MERE	PERE
NOM, PRENOMS		
N° SECURITE SOCIALE		
N° Allocataire CAF/ MSA		
Assurance Extrascolaire	Joindre photocopie	Joindre photocopie
N° Contrat d'Assurance		
N° TEL DOMICILE		
N° PORTABLE		
UNE ADRESSE COURRIEL POUR LA FAMILLE	@	
PROFESSION		
NOM, ADRESSE EMPLOYEUR		
N° TEL EMPLOYEUR		

## SITUATION FAMILIALE

CELIBATAIRE  UNION LIBRE  PACS  MARIAGE  SEPARATION  DIVORCE  VEUVAGE

## SITUATION ENFANT

CHEZ SES PARENTS  CHEZ UN PARENT  GARDE ALTERNEE  CHEZ ASSISTANTE FAMILIALE  .....

COPIE DU JUGEMENT OBLIGATOIRE en cas de décision, limitant l'autorité parentale ou pour garde alternée.

### DROIT À L'IMAGE

Nous autorisons  Nous n'autorisons pas, les Accueils Collectifs de Mineurs à utiliser les photos de notre enfant, prises dans le cadre des activités, pour des Expositions photos intramuros, Médiathèque, Articles dans les journaux locaux et site Internet de la Mairie de Cambo les Bains et UFCV.

### ACCES CDAP

Nous autorisons  Nous n'autorisons pas, les Accueils Collectifs de Mineurs à avoir accès par le biais du serveur CAF et dans le respect de la confidentialité aux informations nous concernant : montant du quotient familial, nom, prénom allocataire, enfants à charge, adresse...

## AUTORISATIONS DE SORTIE

Nous autorisons notre enfant,

A ETRE RECUPERE(E) PAR LES PERSONNES SUIVANTES (Autres que les parents)

NOMS, PRENOMS	EN QUALITE DE	N° TELEPHONE

**REMARQUE :** Votre enfant pourra quitter les accueils :

- AVEC une personne non mentionnée, si un courrier signé de vous, autorise une tierce personne, munie de sa carte d'identité, à le récupérer exceptionnellement.

- SEUL, si un courrier de votre part l'y autorise.

### BALUCHON OBLIGATOIRE

*Nous nous engageons à fournir à notre enfant les pièces suivantes,*

*quelle que soit la météo annoncée :*

**Casquette toute l'année**, Vêtement de pluie, Gourde vide,  
Chaussures de sports, Petit sac à dos (**Pas de sac à roulette ou sac de plage**,  
**pendant les vacances**), Change pour les plus jeunes...



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 11 VACCINS OBLIGATOIRES, pour les enfants nés après le 1/01/2018

- antidiphtérique - antitétanique - antipoliomyélitique - contre la coqueluche - contre les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b	- contre le virus de l'hépatite B - contre les infections invasives à pneumocoque - contre le méningocoque de sérogroupe C - contre la rougeole - contre les oreillons - contre la rubéole
---	---

## VACCIN OBLIGATOIRE, pour les enfants nés avant le 1/01/2018 : DT POLIO

Arrêté du 25 janvier 2018 : l'admission d'un mineur est conditionnée à la fourniture sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur au responsable du centre, d'informations relatives :

- aux vaccinations obligatoires ou à leurs contre-indications : copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, ou attestation d'un médecin (Article I D.3111-6 du Code de la Santé publique)

- aux antécédents médicaux ou chirurgicaux ou à tout autre élément d'ordre médical considéré par les parents ou le responsable légal du mineur comme susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour ;

- aux pathologies chroniques ou aiguës en cours ; le cas échéant, les coordonnées du médecin traitant seront fournies.

## MALADIES CONTRACTÉES PAR VOTRE ENFANT (Cocher dans le cas de réponse positive)

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	.....	

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### 1-TRAITEMENT MEDICAL :

- Projet d'Accueil individualisé (fournir document)  OUI  NON
- NOTIFICATION M.D.P.H :  OUI  NON
- AUTRES .....

### 2-ALLERGIES MÉDICALES

ASTHME (Fournir ordonnance médicale, médicament et préciser si enfant autonome dans la gestion du médicament) .....

AUTRES .....

### 3- ACCIDENT, OPERATIONS, CONVULSIONS, AUTRES :

.....  
.....

L'enfant est sujet au mal de transport (Déplacement Bus)  OUI  NON

### 4- APPAREILLAGE

- Port de lunettes  Pour lire, écrire  En permanence
- Prothèses dentaires  Prothèses auditives (Diabolos...)  Autres

.....

### 5- ALLERGIES ALIMENTAIRES

L'enfant suit un régime alimentaire  OUI  NON

Aliments non autorisés, dans le cadre du régime

.....  
.....

**IMPORTANT : Fournir l'attestation médicale listant les aliments proscrits, ainsi que le régime alimentaire.**

**RESTAURATION** : Afin d'éviter toute difficulté, veuillez préciser 1 ou 2 aliments que votre enfant n'apprécie pas et ne mange pas à la maison : .....

.....

# ENGAGEMENT & AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

MÉDECIN TRAITANT : Dr .....VILLE ..... N° Tél.....

Je soussigné (e), ....., responsable légal de l'enfant :

Autorise le Service Jeunesse- Enfance- Education de la Mairie de Cambo les Bains, à prendre toute mesure médicale : traitement médical, Hospitalisation ou intervention chirurgicale, rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier,

- Reconnaiss avoir pris connaissance du REGLEMENT INTERIEUR ALSH et en accepter toutes les modalités,
- Reconnaiss devoir joindre au responsable de l'Accueil, en cas de traitement :
  - o les médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation
  - o y avoir annoté les Nom et Prénom de l'enfant

Signature de l'autorité parentale

Date : .....

## ACCUEILS PERISCOLAIRES MATERNELS MERCREDIS, VACANCES

PIÈCES OBLIGATOIRES à fournir :

- Dernier AVIS d'IMPOSITION, si quotient familial non connu
- AIDE AUX TEMPS LIBRES CAF, si attribué par la CAF
- Photocopie des vaccins obligatoires
- Photocopie de l'Assurance extrascolaire
- Photocopie du jugement du tribunal, si séparation
- Passeport citoyen signé Enfants/Parents
- Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)
- Ordonnance médicale + médicaments + courrier autorisant le centre à donner les médicaments

## DOSSIER A RETOURNER A :

[clsh@mairie-cambolesbains.fr](mailto:clsh@mairie-cambolesbains.fr)

**CONTACT : 06 74 94 80 31**

Laurence DESPONS  
Responsable Enfance Jeunesse Education

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE ET L'INSCRIPTION NON ENREGISTREE

RAPPEL : même si votre enfant était déjà inscrit, cette étape est indispensable et doit être renouvelée chaque année pour des raisons de sécurité - transfert de responsabilité, mise à jour des éléments figurant dans la fiche sanitaire de liaison - et pour vous permettre de bénéficier de la tarification adaptée à votre situation.

03/2022 - SEJE

PARTENAIRES FINANCIERS

