

ECOLE ALSH

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : F M

Lieu de Naissance : _____ Ecole d'origine : _____

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

AUTORITE PARENTALE Conjointe Exclusive

Nom et prénom du parent ayant l'autorité parentale exclusive :

En cas de séparation ou divorce, un **document juridique** précisant **le lieu de résidence et de garde de l'enfant** est à **joindre obligatoirement** au dossier.

Responsables légaux : Marié Divorcé Célibataire Concubinage Pacsé Veuf

RESPONSABLE LÉGAL 1 / TUTEUR

Madame Monsieur

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

Email : _____

Profession : _____

Code CSP : _____

Voir le tableau des codes sur le site de la ville.
Rubrique « Inscriptions scolaires > Liste des pièces à fournir »

L'élève réside à cette adresse

RESPONSABLE LÉGAL 2

Madame Monsieur

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

Email : _____

Profession : _____

Code CSP : _____

Voir le tableau des codes sur le site de la ville.
Rubrique « Inscriptions scolaires > Liste des pièces à fournir »

L'élève réside à cette adresse

✓ Autorise mon enfant à sortir seul de l'école (Élémentaire seulement)

Oui Non

✓ Autorise la ville de Castelsarrasin à utiliser les photos et vidéos de mon enfant dans un but informatif ou événementiel afin de promouvoir les activités organisées par la ville sur ses différents supports.

Oui Non

FRATRIE : NOM - PRÉNOM	Date de naissance	Etablissement scolaire
_____	_____	_____
_____	_____	_____

RÉGIME : CAF MSA

Nom de l'allocataire : _____ Numéro d'allocataire : _____

ASSURANCE

Nom de la compagnie : _____ Numéro de contrat : _____

CONTACTS DE LA FAMILLE (autres que les responsables légaux)

NOM – PRÉNOM	LIEN avec l'enfant	TÉLÉPHONE	Personne à contacter en cas d'urgence <small>(autre que les responsables légaux 1 et 2)</small>	Personne autorisée à venir chercher l'enfant <small>(autre que les responsables légaux 1 et 2)</small>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ALIMENTATION DE L'ENFANT

RÉGIME ALIMENTAIRE :

Aucun Sans Viande Sans Porc Sans Bœuf

➤ En cas de régime alimentaire spécifique, **aucun repas de substitution n'est proposé.**

Votre enfant a-t-il un **P.A.I** (Projet d'Accueil Individualisé) concernant l'alimentation ? Oui Non

➤ Si OUI, **P.A.I. à fournir obligatoirement.**

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT

Les informations suivantes sont demandées selon l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L.227-4 du code de l'action sociale et des familles

VACCINATIONS (Se référer **au carnet de santé de l'enfant pour remplir le tableau ci-dessous**)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES			
	Oui	Non	Date du dernier rappel
Enfant né AVANT le 1 ^{er} janvier 2018			
Vaccination contre la Diphtérie Tétanos Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Enfant né APRÈS le 1 ^{er} janvier 2018			
Vaccination contre la Diphtérie Tétanos Poliomyélite, la Coqueluche, l'Haemophilus Influenzae b, l'Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Vaccination contre les Infections à pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Vaccination contre la Méningocoque de séro groupe C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Vaccination contre la Rougeole, les Oreillons, la Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
VACCINATIONS RECOMMANDÉES			
Vaccination antituberculeuse BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___

ALLERGIES

	Oui	Non	Si oui, préciser
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres (animaux, pollen, plantes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Antécédents médicaux ou chirurgicaux, éléments d'ordre médical et autres recommandations nécessaires susceptibles d'avoir des répercussions sur le bon accueil de votre enfant :

Votre enfant a-t-il un **P.A.I** (Projet d'Accueil Individualisé) concernant une **maladie** ou un **handicap** ? Oui Non

➤ Si OUI, **P.A.I. à fournir obligatoirement.**

Votre enfant est-il suivi par la **M.D.P.H.** (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ? Oui Non

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

- ✓ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à communiquer au service tout changement par rapport aux informations données dans la fiche d'inscription initiale.
- ✓ Autorise le personnel à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- ✓ Atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs (consultables sur le site de la ville de Castelsarrasin et à la Direction de l'Éducation et des Accueils de Loisirs)

Fait à Castelsarrasin, le ___/___/___

SIGNATURE
Responsable légal 1

SIGNATURE
Responsable légal 2