



# Mairie de Saignon

POUR L'ADMINISTRATION

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_\_

N° ordre : \_\_\_\_\_

## INSCRIPTION ANNÉE 2024 / 2025

### GARDERIE

| Temps de garderie<br>Nom et prénom de l'enfant | Lundi  |       | Mardi  |       | Jeudi  |       | Vendredi |       |
|------------------------------------------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|----------|-------|
|                                                | *Matin | *Soir | *Matin | *Soir | *Matin | *Soir | *Matin   | *Soir |
|                                                |        |       |        |       |        |       |          |       |
|                                                |        |       |        |       |        |       |          |       |
|                                                |        |       |        |       |        |       |          |       |

\*Période à cocher par enfant

#### SITUATION FAMILIALE

Marié

Célibataire

Veuf (ve)

Divorcé(e)

Vie maritale

|                                                                                                        | Représentant légal 1 | Représentant légal 2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| <b>NOM Prénom</b>                                                                                      |                      |                      |
| <b>Adresse complète</b>                                                                                |                      |                      |
| <b>Adresse de facturation</b><br><i>(Si séparation des parents,<br/>cocher la case correspondante)</i> |                      |                      |
| <b>Téléphone portable / domicile</b>                                                                   |                      |                      |
| <b>Téléphone travail</b>                                                                               |                      |                      |
| <b>Email</b><br><b>(en majuscule)</b>                                                                  |                      |                      |
| <b>Profession</b>                                                                                      |                      |                      |

Les inscriptions seront déposées en Mairie jusqu'au (26 juillet 2024)

**RÉGIME D'ASSURANCE SOCIALE :**

Sécurité Sociale N° \_\_\_\_\_

CAF (obligatoire pour le calcul de la tarification) N° \_\_\_\_\_

**ou**

MSA N° \_\_\_\_\_

Nom de l'assurance : \_\_\_\_\_ N° contrat \_\_\_\_\_

**AUTORISATION :**

Personnes à prévenir en cas de nécessité/autorisées à récupérer l'enfant (**autre que les parents**)

| Nom-Prénom | Adresse | Téléphone | Lien de parenté |
|------------|---------|-----------|-----------------|
|            |         |           |                 |
|            |         |           |                 |

**MÉDICAL**

J'autorise le responsable de l'accueil « Ludo Soleil Lavande » à prendre toutes dispositions nécessaires en cas d'accident, de maladie et à présenter notre enfant à un médecin en cas de soin à donner d'urgence

Oui                      Non

Tout médicament à prendre durant l'accueil périscolaire ou le centre de loisirs doit être remis accompagné d'une ordonnance récente, au responsable de l'ALSH.

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ certifie que les renseignements indiqués ci-dessus sont exacts.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature des parents ou représentant légal

**Père**

**Mère**

**A fournir avec la fiche d'inscription :**

- ✓ Assurance en responsabilité civile
- ✓ Photocopies des vaccins (carnet de santé)
- ✓ Carte vitale de la personne responsable de l'enfant



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

## 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie                 |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Tétanos                   |     |     |                            | Haemophilus                |       |
| Poliomyélite              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
|                           |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
|                           |     |     |                            | Pneumocoque                |       |
|                           |     |     |                            | BCG                        |       |
|                           |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez : .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

## 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

## 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL PORTABLE : ..... TEL TRAVAIL : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL PORTABLE : ..... TEL TRAVAIL : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :