

Arrondissement de PONTOISE

**MAIRIE  
DE  
VILLIERS-ADAM**

place Victor HUGO  
95 840 VILLIERS-ADAM  
www.villiers-adam.fr

**DOSSIER D'INSCRIPTION  
POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2019/2020**

Tous les tarifs sont soumis au vote du conseil municipal.  
Ils sont donc susceptibles de modification par délibération.

Tél : 01.34.69.28.17  
Fax : 01.34.08.20.94  
mairie@villiers-adam.fr

RESTAURATION SCOLAIRE

ACCUEIL PERISCOLAIRE

**ATTENTION**

Les élèves ont classe lundi, mardi, jeudi et vendredi de 8h30 à 11h30 et de 13h à 16h.

L'accueil se fera au portillon vert de la cour pour toutes les classes, sauf la maternelle comprise entre 8h20 et 8h30 le matin, et entre 12h50 et 13h00 l'après-midi.

Les parents retrouveront également leurs enfants au portillon vert pour toutes les classes compris la maternelle à 11h30 et 16h00

ENFANT(S) CONCERNE(S)

Nom	Prénom	Date de naissance	Classe

ATTENTION/Prévisions semaine de la rentrée

ATTENTION : J'inscris mon(es) enfant(s) :

1. Au restaurant scolaire (cantine) le lundi 2 septembre	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
2. A l'accueil périscolaire (garderie) lundi 2 septembre	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

Les dossiers sont à retourner en Mairie aux horaires d'ouverture ou dans la boîte aux lettres (située en bas sur votre gauche face à l'entrée) **au plus tard le 26 juillet 2019**

Horaires d'ouverture de la Mairie: lundi, jeudi et vendredi de 9h15 à 12h et 14h à 17h  
Mercredi et samedi 10h à 12h (fermé durant les vacances scolaires)

# NOTICE EXPLICATIVE

**ATTENTION : TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE  
ET L'ENFANT NE POURRA ETRE ACCUEILLI**

Afin de faciliter l'organisation et d'améliorer la qualité de nos services (meilleur suivi des inscriptions, du recrutement des animateurs, de la gestion des repas ...), nous vous invitons à compléter ce dossier et à veiller au respect des dispositions mises en place.

## COMPOSITION DU DOSSIER :

- Le règlement intérieur du restaurant scolaire,
- Le règlement intérieur périscolaire,
- Une fiche de renseignements par famille,
- Une fiche sanitaire par enfant,
- Copie des règlements à conserver par les parents.

## PIECES A FOURNIR AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION :

- Un justificatif de domicile,
- Une attestation d'assurance indiquant que chaque enfant(s) est (sont) couvert(s) pour les risques liés à la fréquentation des services périscolaires,
- La fiche sanitaire dûment remplie et à jour en ce qui concerne les vaccinations (joindre les photocopies des vaccinations du carnet de santé),
- Un certificat médical détaillé obligatoire en cas d'allergie alimentaire ou d'un traitement médical suivi d'un Plan d'Accueil Individualisé (prendre contact avec la directrice de l'école),

## MODALITES D'INSCRIPTION :

### RESTAURANT SCOLAIRE :

Remplir le dossier et joindre toutes les pièces à fournir (n'oubliez pas de joindre la fiche d'inscription annuelle 2019/2020) et signer, avec l'enfant, le règlement intérieur.

### ACCUEIL PERISCOLAIRE :

Remplir le dossier et joindre toutes les pièces à fournir (n'oubliez pas de joindre la fiche d'inscription annuelle 2019/2020) et signer, avec l'enfant, le règlement intérieur.

**Attention pour les inscriptions exceptionnelles vous devez remplir obligatoirement un dossier d'inscription.**

# REGLEMENT DE LA RESTAURATION SCOLAIRE

Le présent règlement régit le fonctionnement de l'accueil au service de cantine dont la gestion est totalement indépendante de celle de l'école. La restauration scolaire est un service municipal facultatif qui fonctionne tous les jours de classe.

Si vous souhaitez que votre (vos) enfant(s) déjeune(ent) à la cantine durant l'année scolaire vous devez impérativement remplir la fiche d'inscription annuelle et signer, ainsi que l'enfant, le présent règlement.

## Article 1 : Conditions d'accueil

Seuls les enfants inscrits à l'année pourront bénéficier du service de cantine. **L'inscription vaut engagement à l'année.**

**Les repas non pris seront facturés. Seules les absences au-delà des 48h et justifiées par un certificat médical transmis au secrétariat dans les 24 heures ne seront pas facturés.** Il est impératif que l'absence de l'enfant soit communiquée par mail au secrétariat de la Mairie avant 9h le jour de l'absence pour éviter tout gaspillage de nourriture.

Pour des raisons exceptionnelles, les enfants non-inscrits à l'année pourront être accueillis

Afin d'assurer une meilleure gestion du service, l'inscription exceptionnelle doit se faire **48 heures** à l'avance par mail en remplissant le dossier d'inscription (téléchargeable sur le site de la commune).

## Article 2 : Paiement

Par délibération du Conseil municipal du 27/08/2014, le prix du repas pour l'année scolaire est fixé à 3.30€ (lundi, mardi, jeudi et vendredi) et 5.30€ l'inscription exceptionnelle. Ces tarifs peuvent être modifiés par délibération en cours d'année.

Les règlements devront être effectués par chèque bancaire à l'ordre du **TRESOR PUBLIC**.

La facturation des repas sera adressée au début de mois suivant par voie postale à la personne responsable ayant inscrit l'enfant. Il n'y a pas de facturation séparée, même en cas de garde alternée. Il appartient au responsable de l'enfant, signataire du dossier, de récupérer la quote-part éventuelle auprès de l'autre parent.

Le paiement devra être effectué dans les huit jours à réception de cette facture.

En cas de retard il sera recouvré par **le Centre des Finances Publiques de l'Isle-Adam**.

## Article 3 : Hygiène - santé des enfants

Les parents veilleront à ne pas confier à la cantine un enfant malade.

Les animateurs ne sont pas habilités à distribuer des médicaments.

En cas d'urgence, les pompiers sont appelés et les parents contactés aussitôt.

## Article 4 : Règles de bonne conduite

Afin que le temps du repas demeure un moment de détente et de repos, les enfants devront respecter les règles ordinaires de bonne conduite ; par exemple, ne pas crier, ne pas se déplacer sans raison, respecter ses camarades et le personnel, ne pas jouer avec la nourriture. ...

Nous souhaitons que chaque enfant apporte une serviette de table (Nom et prénom de l'enfant) dès le lundi matin et à récupérer le vendredi après le repas.

## Article 5 : Clause d'exclusion

Le Maire après consultation des élus concernés et le personnel municipal, peut exclure un enfant pour une durée maximale qui pourrait s'étendre à une année scolaire, pour les raisons suivantes :

- non-respect du règlement,
- manque de respect flagrant et à répétition envers autrui,
- dégradation volontaire du mobilier et du matériel mis à disposition pour l'exercice de cet accueil,
- absences répétées et non justifiées.

Fait en deux exemplaires à Villiers-Adam, le :

Lu et approuvé.

Signature des parents :

Lu et approuvé

Signature de(s) l'enfant(s)

# REGLEMENT DE L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

## 1/Présentation

L'accueil périscolaire est un service communal ouvert aux enfants pendant la période scolaire, en dehors des heures scolaires.

Sont concernés les enfants scolarisés à l'école Paul Cézanne de Villiers-Adam, les enfants scolarisés dans d'autres écoles mais dont les parents travaillent ou résident à Villiers-Adam.

## 2/Lieu

L'accueil se fait dans la salle du périscolaire de l'école avant et après la classe.

## 3/Inscription

Les enfants peuvent fréquenter l'accueil périscolaire à titre permanent ou exceptionnel, à temps complet ou non complet.

**Dans la mesure où le taux de fréquentation atteindrait le maximum de places disponibles, la priorité sera donnée aux enfants dont les deux parents travaillent.**

## 4/ L'accueil ou l'annulation

Seuls les enfants inscrits à l'année pourront bénéficier du service périscolaire.

Pour des raisons exceptionnelles, les enfants non-inscrits à l'année pourront être accueillis.

Afin d'assurer une meilleure gestion du service, l'inscription exceptionnelle doit se faire 48 heures à l'avance par mail ou auprès de la Mairie en remplissant alors le dossier d'inscription (téléchargeable sur le site de la commune)

**Pour une annulation exceptionnelle (à raison de 1 à 2 fois par mois maximum), le délai d'information à la mairie est de 48 heures par mail uniquement.**

## 5/ Horaires d'ouverture

Le matin : de 7h30 au portail de l'école.

Le soir : de 16h à 18h45 au portail de l'école.

**Les parents ne peuvent plus entrer dans l'école sans autorisation.**

Aucun enfant ne peut être accueilli le matin avant l'heure d'ouverture de l'accueil périscolaire, ni le soir après la fermeture du service.

Tout enfant présent à l'accueil périscolaire est automatiquement pris en charge par ce service (avec application des tarifs prévus), même si les parents n'ont pas manifesté l'intention de l'y inscrire.

**Tous les enfants doivent avoir quitté l'accueil périscolaire à l'heure de fermeture.** Dans le cas où l'enfant n'a pas été récupéré à l'heure de la fermeture, il sera confié à la gendarmerie dont dépend la commune.

Les enfants laissés le matin au portail de l'école avant 8h20 ne sont en aucun cas sous la responsabilité de la mairie.

## 6/Tarifs

Périodes	Tarifs proposés
Matin de 7h30 à 8h20	2.30€
Périscolaire soir (à l'heure)	2.30€
Forfait périscolaire soir (3h) 16h à 18h45	6.00€
Inscription exceptionnelle l'heure	3.00€

Toute présence de l'enfant donne lieu à facturation. Toute heure entamée est due.

## 7/Paiement

Ces tarifs peuvent être modifiés par délibération en cours d'année.

Les règlements devront être effectués par chèque bancaire à l'ordre du **TRESOR PUBLIC**.

La facturation sera adressée au début de mois suivant par voie postale à la personne responsable ayant inscrit l'enfant. Il n'y a pas de facturation séparée, même en cas de garde alternée. Il appartient au responsable de l'enfant, signataire du dossier, de récupérer la quote-part éventuelle auprès de l'autre parent.

Le paiement devra être effectué dans les huit jours à réception de cette facture.

En cas de retard il sera recouvré par **le Centre des Finances Publiques de l'Isle-Adam**.

### 8/Goûter

Le goûter est à amener par l'enfant, il se déroule de 16h à 16h30 avant tout début d'activité.

### 9/Sécurité

Le matin, les enfants sont pris en charge par les animateurs devant le grand portail de la rue Aristide BRIAND.

A 16h, les élèves de petite et moyenne section de maternelle sont directement amenés par l'ATSEM de leur salle de classe à la salle du périscolaire. Tous les autres élèves inscrits à l'accueil périscolaire se rendent directement de leur salle de classe à la salle du périscolaire dès la fin des cours.

Il est formellement interdit aux enfants de circuler dans les locaux scolaires (hormis les toilettes et sous la surveillance d'un animateur) une fois la classe terminée pour quelque motif que ce soit.

Le portail est fermé à clé sitôt que le dernier élève a quitté l'enceinte de l'école.

**Les personnes mentionnées sur la fiche d'inscription seront seules autorisées à reprendre les enfants au service périscolaire.** Lors de leur première visite, ces personnes devront présenter une carte d'identité au personnel d'encadrement.

Les parents doivent impérativement signaler en mairie ou auprès des animateurs tout changement concernant les personnes désignées pour venir récupérer leur enfant. Faute d'information, l'enfant ne pourra quitter la garderie.

### 10/Hygiène - santé des enfants

Les parents veilleront à ne pas confier à la garderie un enfant malade.

Les animateurs ne sont pas habilités à distribuer des médicaments.

En cas d'urgence, les pompiers sont appelés et les parents contactés aussitôt.

### II/Discipline et clause d'exclusion

Les élèves sont tenus d'observer strictement les dispositions du règlement et les instructions données par les animateurs. La fréquentation du service périscolaire implique de la part des parents et des enfants le respect des animateurs et du matériel. Toute dégradation commise par l'enfant engage la responsabilité financière des parents. Le personnel municipal intervient avec discernement pour faire appliquer ces règles.

Si les comportements inadaptés perdurent, le Maire peut, après avertissement à la famille, prononcer une exclusion temporaire ou définitive.

**Il en est de même que tout retard répétitif des parents entraînera l'exclusion temporaire ou définitive de l'enfant.**

Fait en deux exemplaires à Villiers-Adam, le :

Lu et approuvé.

Signature des parents :

Lu et approuvé

Signature de(s) l'enfant(s)

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE

Renseignements concernant le ou les enfants :

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Date de naissance</u>	<u>Classe</u>	<u>Autorisé à partir seul (+6ans)</u>
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Personne(s) responsable(s) de l'enfant (ou des enfants) :

	<u>Père</u> Ou tuteur (à préciser)	<u>Mère</u> Ou tutrice (à préciser)
Nom et prénom		
Adresse		
Tél. domicile		
Profession		
Nom employeur		
Adresse employeur		
Tél. professionnel		
Tél. portable		
Adresse électronique		

**Renseignements obligatoires :**

N° sécurité sociale de l'assuré auquel est (sont) rattaché(s) le(s) enfant(s) : .....

Nom assurance scolaire et extrascolaire : ..... N° sociétaire : .....

Médecin référent (facultatif) : ..... Tél : .....

**Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :**

<u>Nom/Prénom</u>	<u>Qualité</u>	<u>Téléphone</u>

En cas d'urgence ou d'accident grave, il sera fait appel en priorité aux services d'urgence.

**Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :**

<u>Nom/Prénom</u>	<u>Qualité</u>	<u>Téléphone</u>

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) ..... représentant légal

de(des) l'enfant(s) .....,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, déclare avoir pris connaissance des règlements du restaurant scolaire (cantine) et des accueils périscolaires et m'engage à les respecter.

Date : ..... Signature obligatoire

## FICHE INSCRIPTION ANNUELLE 2019/2020

(Pour les inscriptions exceptionnelles se renseigner auprès du secrétariat de la mairie)

### RESTAURANT SCOLAIRE (cantine) 11h30 à 13h00

I <sup>er</sup> ENFANT	Nom :	Prénom :	Régime alimentaire :
Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>
			Allergie <input type="checkbox"/> <small>Préciser.....</small>
			Aliment non autorisé <input type="checkbox"/> <small>Préciser.....</small>

2 <sup>me</sup> ENFANT	Nom :	Prénom :	Régime alimentaire :
Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>
			Allergie <input type="checkbox"/> <small>Préciser.....</small>
			Aliment non autorisé <input type="checkbox"/> <small>Préciser.....</small>

3 <sup>me</sup> ENFANT	Nom :	Prénom :	Régime alimentaire :
Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>
			Allergie <input type="checkbox"/> <small>Préciser.....</small>
			Aliment non autorisé <input type="checkbox"/> <small>Préciser.....</small>

### ACCUEIL PERISCOLAIRE 7h30 à 8h20 et 16h à 18h45

I <sup>er</sup> ENFANT	NOM :	PRENOM :
Lundi	Mardi	Jeudi
Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>	Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>	Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>
		Vendredi
		Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>

2 <sup>me</sup> ENFANT	NOM :	PRENOM :
Lundi	Mardi	Jeudi
Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>	Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>	Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>
		Vendredi
		Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>

3 <sup>me</sup> ENFANT	NOM :	PRENOM :
Lundi	Mardi	Jeudi
Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>	Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>	Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>
		Vendredi
		Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON (par enfant)

## 1<sup>er</sup> Enfant

NOM.....Prénom.....Classe.....

1 – 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				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical 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.**

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....  
.....  
.....

**3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

**4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

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 l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON (par enfant)

**2<sup>ème</sup> Enfant**

**NOM.....Prénom.....Classe.....**

**1 – 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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical 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.**

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....  
.....  
.....

### 3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

### 4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

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 l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON (par enfant)

**3<sup>ème</sup> Enfant**

**NOM**.....**Prénom**.....**Classe**.....

**1 – 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			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical 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.**

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....  
.....  
.....

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

**4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

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 l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :