

DEMANDE D'INSCRIPTION AU PORTAIL FAMILLE

2022-2023

Services RESTAURANT SCOLAIRE, ACCUEIL PERISCOLAIRE, MERCREDI LOISIRS ET VACANCES.

REPRESENTANT 1

Nom – Prénom :

Adresse mail :

N° téléphone portable :

REPRESENTANT 2

Nom – Prénom :

Adresse mail :

N° téléphone portable :

Adresse du foyer :

N° téléphone fixe du foyer :

CAF : n° d'allocataire :

MSA = Fournir l'attestation de votre Quotient Familial.

ENFANT(s) à inscrire

NOM de l'enfant	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	Sexe	ECOLE	Niveau scolaire (CP, CM1...)
.....
.....
.....

Date :

Signature :

Fiche sanitaire de liaison 2022-2023

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant au restaurant scolaire, au périscolaire et au centre de loisirs.

NOM et PRENOM de l'enfant : Date de naissance :

Ecole - Niveau scolaire :

1 - Vaccinations :

Copie de toutes les pages des vaccins à mettre en pièce jointe.

2 - Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Attention aucun médicament ne sera donné à l'enfant, sauf sur présentation d'une **ordonnance** récente. Les **médicaments** devront correspondre à ceux inscrits sur l'ordonnance, dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant.

Cocher la ou les maladies que votre enfant a eues :

<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Coqueluche
<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu	

Allergies : Médicamenteuses oui Asthme oui
Alimentaires oui Autres oui

Si OUI, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

Il y a-t-il un PAI en cours ? oui non

Si oui, merci de fournir le PAI à jour accompagné de la trousse de secours pour chaque structure au nom de l'enfant. Fournir également une photo d'identité de l'enfant.

Difficultés de santé : maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation... en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

.....
.....

3 - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....
.....

Médecin traitant	
Nom-Prénom	
Téléphone
Adresse	

	Parent 1	Parent 2
Nom
Prénom
Téléphone
Mail
Tél. fixe	
Adresse	

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*)