

**Mairie de Maisdon sur Sèvre Animation Rurale de la Maine**

20 rue de la mairie - 44690 MAISDON SUR SEVRE 5 Place Jules et Anne - 44690 MAISDON SUR SEVRE

Mairie 02.40.06.62.57 [mairie@maisdon-sur-sevre.fr](mailto:mairie@maisdon-sur-sevre.fr) Pole enfance : 02.40.06.90.60 - [poleenfance@maisdon-sur-sevre.fr](mailto:poleenfance@maisdon-sur-sevre.fr)

**DEMANDE D’INSCRIPTION AU PORTAIL FAMILLE**

**2023-2024**

**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 :**

*Réservé à l’administration :*

Adhésion APS, montant

N° du chèque

N° Bord. :

*Réservé à l’administration :*

Adhésion APS, montant

N° du chèque

N° Bord. :

*Réservé à l’administration :*

Adhésion APS, montant

N° du chèque

N° Bord. :



Fiche sanitaire de liaison 2023-2024

*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 :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Rubéole |  Varicelle |  Angine |  Scarlatine |  Coqueluche |
|  Otite |  Rougeole |  Oreillons |  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** | |  |  | **Parent 1** | **Parent 2** |
| Nom-Prénom …………………………………………... | |  | Nom  Prénom | …………………………..  ………………………….. | …………………………..  ………………………….. |
| Téléphone | ………………………………………….. |  | Téléphone | ………………………….. | ………………………….. |
|  |  |  | Mail | ………………………….. | ………………………….. |
| Adresse | ……………………….…………..……..  …………………………………………..  …………………………………………. |  | 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*)

Document à remettre en mairie ou au pôle enfance.