

DEMANDE D'INSCRIPTION AU PORTAIL FAMILLE

2025-2026

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

REPRESENTANT 1

Nom – Prénom :

Adresse mail :

N° téléphone portable :

Profession :

REPRESENTANT 2

Nom – Prénom :

Adresse mail :

N° téléphone portable :

Profession :

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 2025-2026

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 :

né(e) le

Ecole - Niveau scolaire 2025-2026 :

1 - Vaccinations :

Copie des 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 (Projet d'accueil individualisé) 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		Représentant 1		Représentant 2	
Nom-Prénom		Nom		Nom	
Tél.		Prénom		Prénom	
Adresse		Tél.		Tél.	
		Mail		Mail	
		Adresse		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.