



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2019/2020

- RESTAURANT SCOLAIRE
 - PERISCOLAIRE
 - ACCUEIL DE LOISIRS
- veronique.blanchet@saint-witz.fr

Nom : _____ L'ENFANT Sexe : F M
Prénom : _____
Date de naissance : _____ Lieu : _____
Rentrée 2019-2020, classe de : _____
Adresse domicile famille : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Mail : _____ (en majuscule) Tél fixe : _____

N° d'allocataire CAF (obligatoire) : _____ (l'ALSH est subventionné par la CAF)
 Régime Général (Sécurité Sociale, RAPT/SNCF) Régime Particulier (MSA, EDF/GDF) Autre Régime _____
N° sécurité sociale : _____
Assurance extra scolaire Nom de l'assureur : _____ N° de contrat : _____

LES PARENTS/ TUTEURS

| NOMS DES PARENTS | PRÉNOMS DES PARENTS | TÉLÉPHONE PORTABLE | TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL |
|------------------|---------------------|--------------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |

SORTIES DE L'ACCUEIL DE LOISIRS ET ACCUEILS PERISCOLAIRES

L'enfant peut-il rentrer seul ? OUI NON
Si NON, votre enfant devra attendre la venue d'une des 5 personnes désignées ci-dessous

| NOMS | PRÉNOMS | NUMÉROS | LIENS DE PARENTÉ |
|------|---------|---------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

RÉGIME ALIMENTAIRE

Aucun Sans porc Végétarien* Autre _____

*Végétarien : aucun menu de substitution ne sera proposé, par contre de plus grandes quantités de légumes/féculeux seront données.

ALLERGIE ALIMENTAIRE : Pour toute allergie, merci de bien vouloir faire une demande de PAI et remplir le formulaire de notre société de restauration Convivio dédié aux allergies.

DOSSIER MÉDICAL

| TRAITEMENTS SUIVIT | ALLERGIES ALIMENTAIRES | ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES | ALLERGIES RESPIRATOIRES | ALLERGIES VÉGÉTALES | AUTRES |
|--------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------|--------|
| | | | | | |
| | | | | | |

| MALADIES INFANTILES | OUI | NON |
|---------------------|-----|-----|
| Rubéole | | |
| Varicelle | | |
| Scarlatine | | |
| Coqueluche | | |
| Rougeole | | |
| Oreillons | | |

VACCINS
Obligatoire Joindre la photocopie des vaccins
du carnet de santé de vaccination



EN CAS D'URGENCE (Si les parents ne sont pas joignables)

| NOMS | PRENOMS | NUMÉROS |
|------|---------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

ATTESTATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL Mère Père Tuteur

Mme, M. _____ demurant _____

Autorisation de soins :

J'autorise les animateurs, agréés DDCS, diplômés PSC1 à donner à mon enfant les premiers soins et les traitements médicaux que son état de santé pourrait nécessiter et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions d'un médecin dans l'hôpital le plus proche.

OUI NON

Autorisation de droit à l'image :

J'autorise les équipes des structures municipales à exploiter les images prises au cours des activités réalisées sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tous supports de communication : photos, films, site internet, article de presse, reportage vidéo...

OUI NON

Je m'engage :

- 1) A respecter le règlement intérieur en vigueur
- 2) A compléter la fiche de renseignement recto/verso et à nous la remettre le plus rapidement possible pour l'enregistrement de l'inscription.

La commune de Saint Witz décline toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de détérioration de vêtements ou d'objets personnels (par exemple lunettes, appareils dentaire ou auditif, bijoux, jeux vidéo, téléphone portable...).

Fait à Saint Witz, le _____

Signatures des Parents