



Mairie de Barraux

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS 2021/2022

Commun aux 4 services :
Restaurant scolaire
Garderie périscolaire
Étude surveillée
Espace jeunes

Photo collée et non
agrafée

FICHE INDIVIDUELLE

ENFANT :

NOM : Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

INSCRIPTION :

Ecole maternelle Ecole élémentaire Classe :

LES PARENTS :

Situation familiale : Marié(e) Vie maritale Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e)

NOM Prénom du père :

.....

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

Profession :

Courriel :

.....

Quotient :

NOM Prénom de la mère :

.....

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

Profession :

Courriel :

.....

Quotient :

AUTORISATION PARENTALE

Les parents sont priés de venir chercher leur(s) enfant(s) ou bien de le(s) faire récupérer par une ou d'autre(s) personne(s), âgé(es) **d'au moins 11 ans** (pour l'accueil périscolaire), dont le(s) nom(s) est (sont) communiqué(s) au personnel d'encadrement.
Il est impératif que les familles respectent l'horaire défini

Je soussigné(e)

AUTORISE M ou Mme.....

Adresse

N° de téléphone.....

AUTORISE M ou Mme.....

Adresse

N° de téléphone.....

AUTORISE M ou Mme.....

Adresse

N° de téléphone.....

AUTORISE M ou Mme.....

Adresse

N° de téléphone.....

A venir chercher mon enfant : Nom prénom

J'autorise la Mairie de Barraux à utiliser l'image de mon enfant (photographies, vidéos...) pour illustrer les publications de la commune (Petit Barrolin, site internet, journal interne, plaquette d'informations de l'espace jeunes, Dauphiné Libéré ...)

J'autorise les intervenants extérieurs à utiliser l'image de mon enfant (photographies, vidéos ...) pour illustrer leurs publications professionnelles (plaquette de présentation, site internet ...).

J'autorise mon enfant à utiliser les transports (car, minibus, voiture communale, transports en commun) pour les sorties extérieures.

J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul après l'étude surveillée.

J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul après les activités de l'accueil de loisirs (mercredis et vacances scolaires)

Toute inscription aux services vaut acceptation des règlements intérieurs

Date :

Signature :

FICHE SANITAIRE

ENFANT : GARCON FILLE

NOM : PRÉNOM.....

DATE DE NAISSANCE : ÂGE (à l'inscription).....

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE SI LES PARENTS SONT INJOIGNABLE :

NOM PRENOM :

TELEPHONES :

VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		R-O-R	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DTP		BCG	
Ou Tétra coq		autre	

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
(Médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE oui non VARICELLE oui non ANGINE oui non RHUMATISME oui non SCARLATINE oui non

COQUELUCHE oui non OTITE oui non ROUGEOLE oui non OREILLONS oui non

ALLERGIES :

ASTHME oui non ALIMENTAIRE oui non MÉDICAMENTEUSE oui non AUTRES

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR
(Si auto médication, le signaler) :

PRÉCISEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE (joindre fiche explicative si nécessaire)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES :

LUNETTES LENTILLES PROTHÈSES AUDITIVES PROTHÈSES DENTAIRES AUTRES
oui non oui non oui non oui non _____

- Votre enfant a-t-il **un régime alimentaire particulier** ? oui non

Si oui précisez _____

- Votre enfant a-t-il **des problèmes d'incontinence** ? oui non

- Votre enfant est-elle réglée ? oui non

Autres (précisez) _____

PRÉCISEZ LES CONDUITES À TENIR :

MÉDECIN TRAITANT :

NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

COMMUNE : _____

Je soussigné(e),atteste que la santé de mon enfant lui permet de participer aux activités sportives et de plein air organisées par la commune de Barraux.

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

Cette fiche sanitaire est valable jusqu'à fin août 2022.

Fait à Barraux, le Signature

« J'ai lu et je m'engage à respecter le règlement des services périscolaires » Les parents L'enfant
