



FICHE D'INSCRIPTION

SERVICE PERISCOLAIRE 2026/2027

Photo
De l'enfant

Pièces à joindre :

- Une photo
- Le carnet de santé (Vaccins)
- L'attestation de la CAF (Quotient familial)
- L'attestation d'assurance en responsabilité civile

École :	<input type="checkbox"/> Calmette	Classe :	.....
	<input type="checkbox"/> Jean d'Ormesson (Campagne Primaire)		
	<input type="checkbox"/> Saint-Exupéry (Campagne Maternelle)		
	<input type="checkbox"/> Trabbia		

Nom et Prénom de l'enfant :	.....	
Date de naissance :	...../...../.....	Lieu :	.....
Responsable légal :	.....	
Adresse :	.....	
Téléphone fixe :	.....	Portable 1 :	.....
Mail :	.....	Portable 2 :	.....

Restauration (1 seul choix possible)	Menu classique <input type="checkbox"/>	Menu sans porc <input type="checkbox"/>	Menu sans viande <input type="checkbox"/>
Allergie alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui (préciser au dos)	<input type="checkbox"/> Non	
P.A.I.	<input type="checkbox"/> Oui (préciser au dos)	<input type="checkbox"/> Non	

Personnes autorisées à reprendre l'enfant				Quotient Familial
Nom et Prénom				
Téléphone :				
Nom et Prénom				
Téléphone :				

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), les données recueillies sont nécessaires à la bonne inscription de votre enfant et destinées à vous contacter en cas de nécessité liée à votre enfant. En aucun cas elles ne seront rendues accessibles à des tiers sans votre accord exprès le cas échéant.

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur
Revin, le :

Signature :

Ne rien inscrire dans cette case





ALLERGIES: ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non Lesquelles :
AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT
NOM..... PRÉNOM.....
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e),.....
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du périscolaire à :

- prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.oui non
- accompagner l'enfant par bus/ à pied pour les trajets école/cantine/périscolaireoui non
- prendre des photos de l'enfant pour réaliser des activités périscolaires personnalisées.. oui non

Date : **Signature:**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ? OUI NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre au responsable du périscolaire avant le premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une ordonnance récente et des médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni sans P.A.I.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	