

# FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS RENTRÉE 2020-2021

## SERVICE SCOLAIRE ET ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

1<sup>ère</sup> INSCRIPTION

RENOUELEMENT

Pour des raisons de sécurité, la Commune doit être en possession d'une fiche individuelle de renseignements concernant chaque enfant fréquentant l'école maternelle ou élémentaire, ainsi que le Centre de Loisirs et la garderie. Celle-ci devra donc nous être retournée en Mairie au service scolaire dûment complétée et signée (29/02/2020 au plus tard)

### ENFANT

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....  
 Date et lieu de naissance : ..... Sexe : F  M   
 Ecole : ..... **Classe 2020-2021** .....

**J'inscris mon enfant pour l'année scolaire** et je coche la (les) case(s) concernée(s).

	Lundi	Mardi	Mercredi (ALSH)	Jeudi	Vendredi
Restaurant scolaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Transport scolaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	XXXXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

### INSCRIPTION A TITRE INDICATIF

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
ALSH (Mercredi)	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX
ALSH (Vacances)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Garderie matin	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	XXXXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Garderie soir	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	XXXXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Etude à partir du CP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	XXXXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

### NOM DE FAMILLE ET ADRESSE POUR LA FACTURATION (Destinataire(s) exact(s) de la (des) factures)

### RESPONSABLE LEGAL

#### RESPONSABLE 1 :

Nom ..... Prénom : .....  
 Téléphone professionnel : ..... Portable : .....  
 Téléphone domicile : .....  
 Adresse : .....  
 Mail : .....@.....

#### RESPONSABLE 2 :

Nom : ..... Prénom : .....  
 Téléphone professionnel : ..... Portable : .....  
 Téléphone domicile : .....  
 Adresse : .....  
 Mail : .....@.....  
 N° d'allocation familiale : ..... N° Sécurité Sociale Parents.....

### AUTORISATION

Autorisation d'être informé par SMS : oui  non   
 Autorisation pour diffusion photos, images Magazine Villejust oui  non   
 Autorise mon enfant à être transporté dans un véhicule municipal : oui  non   
 Autorise mon enfant à effectuer des sorties en car : oui  non

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....  
 Demeurant .....  
 Représentant(e) légal(e) de l'enfant (nom, prénom).....  
 Date de naissance....., autorise en cas d'accident, la Ville de Villejust à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de l'enfant, y compris l'hospitalisation selon les prescriptions du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par le médecin des sapeurs-pompiers ou du SAMU.

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L'état de santé de mon enfant  ne nécessite pas de régime alimentaire particulier  
 nécessite le régime alimentaire suivant (**PRECISER**).....

### **Allergies**

Alimentaires  Asthme  Médicamenteuse(s) Autres :.....

### **Maladies déjà contractées**

Rubéole  Coqueluche  Rougeole  Scarlatine  
 Varicelle  Otite  Angine  Autres :.....

### **Vaccinations**

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates	Oui	Non
Diphtérie Tétanos Poliomyélite				Hépatite B			
				Rubéole			
				Coqueluche			
BCG				Varicelle			

*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 sanitaires**

L'enfant a-t-il :

Lentilles  oui  non Lunettes  oui  non

Prothèses dentaires  oui  non Prothèses auditives  oui  non

Régime alimentaire spécifique (**PRECISER**).....

### **Difficultés de santé**

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ? Lesquelles ? (Réponse facultative)

.....  
.....

### **Personne à contacter en cas d'urgence :**

Nom :..... Prénom :.....

Téléphone domicile :..... Téléphone travail : .....

Nom :..... Prénom :.....

Téléphone domicile :..... Téléphone travail :.....

### **Autorisations**

Je soussigné(e) (Nom et prénom).....

Autorise les personnes ci-dessous à prendre mon enfant.....

dans le cadre de l'année scolaire, à la sortie de l'école, après la garderie et l'ALSH

NOM	PRENOM	TELEPHONE		NOM	PRENOM	TELEPHONE

**Nous vous rappelons que ces personnes devront se munir d'une pièce d'identité**

**Date :**

**Signature :**