

FICHE ENFANT

Enfant

Nom
Prénom
Date de naissance
Dossier actif
Photos autorisées Sorties autorisées
Rentrer seul

Domicile

Adresse
Complément
Ville
E-mail
Téléphone

Monsieur

Nom/Prénom
E-Mail
Profession
Téléphone mobile
Téléphone bureau
Autorité parentale

Madame

Nom/Prénom
E-Mail
Profession
Téléphone mobile
Téléphone bureau
Autorité parentale

Medicales

Nom du médecin
Téléphone
Régime alimentaire
Vaccinations à jour jusqu'au
Hospitalisation PAI
Recommandations de la famille

Allocation

Nom de l'allocataire
Régime
Numéro allocataire

Assurance

Nom de la compagnie
Numéro de police

Inscription scolaire

Année scolaire
Ecole
Classe
Niveau

Inscription périscolaire

Structure

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant

Nom	Lien de parenté	Mobile	Domicile

Code pointage pour l'enfant

Signature des parents

Nous reconnaissons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous engageons à nous y conformer.

(X) Justificatif à fournir <u>obligatoirement</u>	<u>1ère inscription</u>	<u>Réinscription</u>
- Un justificatif de domicile de moins de trois mois du couple - Si une garde alternée joindre : - Un justificatif de domicile du père et de la mère Autre situation joindre : - Une attestation d'hébergement avec avis d'imposition de l'hébergeur	X	
Livret de famille dans son intégralité	X	
Les 2 pages de vaccination	X	X
Attestation d'assurance Responsabilité Civile - Scolaire – Extrascolaire ou individuel accident (À transmettre dès sa réception)	X	X
Attestation CAF ou MSA En cas de non présentation le tarif du QF maximal vous sera appliqué	X	X
En cas de séparation ou de divorce - Jugement - Attestation d'autorisation de scolarité	X	X
Mode de paiement par prélèvement automatique Un RIB	X	
Enfant déjà inscrit dans un autre établissement scolaire fournir Un certificat de radiation	X	

CANTINE SCOLAIRE

Mon enfant fréquentera la cantine scolaire les jours suivants :

Lundi ☐	Mardi ☐	Jeudi ☐	Vendredi ☐
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

Réservation des menus : Avec Viande ☐ Sans viande ☐



- La réservation des jours de fréquentation de la cantine sera ferme pour **l'année scolaire**.
- Des modifications seront exceptionnellement possibles avec **un préavis de 7 jours** sur demande adressée **uniquement par mail** : **mairie.colayrac.periscolaire@orange.fr**
- En cas d'**absence** les repas seront **systématiquement facturés** sauf si l'absence est liée à un motif médical avec certificat à l'appui. Un **délai de carence de 2 jours** sera appliqué.

REGLEMENTATION DE LA PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

La réglementation concernant la protection des données personnelles a évolué avec l'entrée en vigueur du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) depuis le 25 mai 2018. Les informations personnelles recueillies sur cette fiche, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre (vos) enfant(s) à l'école, et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Elles sont enregistrées et transmises aux services de la collectivité territoriale en charge de leur traitement. Ces données seront conservées ou éliminées selon les préconisations relatives au tri et à la conservation des archives produites par les communes établies par le Ministère de la Culture et de la Communication. Vous disposez à tout moment d'un droit d'opposition, accès, rectification, effacement et de limitation en vous adressant à la mairie de Colayrac-Saint Cirq. Pour toute question, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données de la collectivité, en adressant une demande par écrit accompagnée d'un justificatif d'identité à l'adresse suivante : Mairie de Colayrac-Saint Cirq 14 rue des écoles 47450.



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE :

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : à Colayrac Saint Cirq

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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					
BCC					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une ordonnance récente et les 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.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

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.

.....

.....

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

.....

.....

.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date :

Signature :



Mairie de Colayrac-Saint Cirq

Département de Lot et Garonne

AUTORISATION DE SORTIR SEUL(E)

- Les enfants scolarisés en maternelle et en CP

ne seront pas autorisés à sortir seuls.

- Les enfants en classe de CE1 – CE2 – CM1 – CM2
seront autorisés à sortir seuls si vous complétez l'autorisation suivante :

Je soussigné(e),

Mme, M

Responsable(s) légal de l'enfant

l'autorise(nt) à partir seul aux horaires cochés ci-dessous :

- À LA FIN DES TEMPS SCOLAIRES : ☐
- À LA FIN DE LA GARDERIE ET ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES
OU DE L'ÉTUDE SURVEILLÉE : ☐
- SUR LE TEMPS ALSH : ☐ à 12h00 ☐ à 16h30

DROIT A L'IMAGE

Nous sommes amenés à l'occasion, au cours des activités, à prendre les enfants en photos, en vidéos.

☐ J'autorise

La prise de photos et de vidéos de mon enfant et *leurs diffusions*

☐ Je n'autorise pas

Le

Le(s) représentant(s) légal(aux) de l'enfant

Signature 1

Signature 2