MAIRIE DEPARTEMENT DES HAUTES ALPES

**D’EYGLIERS**

05600

\_\_\_\_\_

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**ECOLE MATERNELLE ET PRIMAIRE**

**ET ACCUEIL DE LOISIRS**

Téléphone : 04 92 45 03 24

Télécopie  : 04 92 45 21 27

Courriel  : [mairie.eygliers@wanadoo.fr](mailto:mairie.eygliers@wanadoo.fr)

**Un questionnaire par enfant est à remettre à la mairie avec les inscriptions.**

􀂅 1ère inscription

􀂅 L’enfant a déjà été inscrit, merci de fournir les modifications (vaccins, coordonnées…) ainsi que **l’attestation d’assurance pour l’année scolaire en cours**.

Période scolaire : Restauration scolaire 􀂅 garderie 􀂅 mercredi matin 􀂅

Vacances scolaires : Accueil de loisirs sans hébergement  􀂅

Nom de l’enfant :..........................................................Prénom..................................................

Date et lieu de naissance : ........................................................................................................

Sexe : Féminin 􀂅 Masculin 􀂅

**Renseignements concernant les représentants légaux**

Qualité : Père 􀂅 Mère 􀂅 Tuteur 􀂅

Nom et Prénom ……………………………………………………………………….................

Date et lieu de naissance ………………………………………………………………………..

Adresse……………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………..

Tel : ……………………………………………..Port : ……………………………………………

Mail : ………………………………………………………………………………………………..

Profession : ……………………………………Employeur : ……………………………………

Tél professionnel : ……………………………

Qualité : Père 􀂅 Mère 􀂅 Tuteur 􀂅

Nom et Prénom ……………………………………………………………………….................

Date et lieu de naissance ………………………………………………………………………..

Adresse……………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………..

Tel : ……………………………………………..Port : ……………………………………………

Mail : ………………………………………………………………………………………………..

Profession : ……………………………………Employeur : ……………………………………

Tél professionnel : ……………………………

Caisse de sécurité sociale qui couvre l’enfant :………………………………………………..

N° d’Allocataire CAF ou Quotient familial (pour réduction accueil de loisirs) :………………

**Société d’assurance :……………………………………………………………………………**

**N° de contrat………………………………………………………………………………………**

**Renseignements nécessaires à la facturation des prestations**



Nom et prénom du redevable légal.............................................................................................. (la facture est établie au nom du redevable légal)

Si séparation,  mode de garde : conjointe 􀂅 exclusive 􀂅 alternée 􀂅 **(1)**

1. **Si garde alternée : Joindre impérativement le calendrier de garde et indiquer les coordonnées du 2ème redevable légal : ................................................................................**

**Renseignements sur la santé de l’enfant**

***Certains médicaments lui sont-ils interdits pour raisons médicales ?*** : Oui 􀂅 Non 􀂅

Si oui, lesquels : .................................................................................................................................

***Son état de santé fait-il l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?*** : Oui 􀂅 Non 􀂅

Si oui, merci d'en fournir une copie

***Régime alimentaire*** : Oui 􀂅 Non 􀂅

Si oui, merci de préciser : ....................................................................................................................

***Est-il allergique à certains aliments*** : Oui 􀂅 Non 􀂅

Si oui, lesquels :................................................................................................................................

**Personnes à contacter en cas de problème si les parents sont absents (n° de téléphone indispensable) :**

Indiquer de préférence les coordonnées de personnes géographiquement proches, et des numéros de téléphones fixes.

Signer à côté de chaque nom. Attention signaler à l’école tout changement de numéro de téléphone (fixe ou mobile)

Nom prénom, téléphone ------------------------------------------------------------------------------------------

Nom prénom, téléphone ------------------------------------------------------------------------------------------

Nom prénom, téléphone ------------------------------------------------------------------------------------------

**Nom, adresse et n° de téléphone du médecin de famille** …………………………………..

....................................................................................................................................................

**Date du dernier rappel antitétanique (ou DTPolio ou Tétracoq) :**

....................................................................................................................................................

**Sortie de l’accueil périscolaire, le soir, pour l’élève scolarisé en élémentaire et éventuellement le mercredi fin de matinée et Alsh le soir**

**Cas n° 1 : L’enfant a le droit de rentrer seul**.

**Décharge de responsabilité signée par le responsable légal, valable pour une autorisation régulière de sortie à : 17h30** 􀂅 **18 h 15 (période scolaire)**

**mercredi éventuellement à 12h15** 􀂅 **(période scolaire)**

**16h30** 􀂅 **17h00** 􀂅 **17h30** 􀂅**18h00** 􀂅 **(vacances scolaires/Alsh)**

Je, soussigné(e) …………………………………………………………………………………………….

Responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (2)

Autorise mon enfant ………………………………………………………………………………………..

Né(e) le : ……………………………………à quitter seul(e) l’accueil périscolaire 􀂅 Alsh 􀂅

**Cas n° 2 : L’enfant n’a pas le droit de rentrer seul.**

Il est repris, après l’accueil, par ses parents ou une personne dûment habilitée par eux,

Personnes habilitées (indiquer des personnes géographiquement proches) : **Indiquer leur nom, leurs numéros de téléphone** (fixe et/ou mobile).

Nom prénom, téléphone : …………………………………………………………………………………..

Nom prénom, téléphone : …………………………………………………………………………………..

Nom prénom, téléphone : …………………………………………………………………………………..



En cas d’accident grave, toutes les mesures d’urgence seront prises, y compris éventuellement l’hospitalisation

**Autorisation parentale (obligatoire) de soigner, d’opérer l’enfant (accueil périscolaire et restauration scolaire**)

**Je, soussigné(e) ………………………………………………………………………………………,**

responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (1) donne l’autorisation de soigner, d’opérer

**mon enfant ……………………………………………………………………………………………,**

et de pratiquer les anesthésies générales ou locales pour ses soins durant son hospitalisation, et m’engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d’hospitalisation incombant à la famille.

Date :…………………………….. Signature obligatoire précédée de la mention : « Lu et approuvé »

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (2) déclare exacts les renseignements portés sur la fiche

 Signature obligatoire

(2) Barrer les mentions inutiles

**Autorisation de droit à l’image pour mineurs**

Je, soussigné(e) …………………………………………………………………………………………….

Responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (3)

􀂅 N’autorise pas mon (mes) enfant(s)……………………………………………………………………

􀂅 Autorise mon (mes) enfant(s)…………………………………………………………………………..

Né(e)(s) le :……………………………………………………………………………………………………. à être photographié(s) ou filmé(s) dans le cadre des activités :

􀂅 périscolaires 􀂅 de l’A.L.S.H.

J’autorise également l’utilisation et la diffusion de ces photographies et vidéos lors de projections au public ; publications dans le bulletin municipal et articles de presse ; ainsi que sur le site web de la commune.

A , le Signature

**Autorisation de transport lors des sorties extérieures**

Je, soussigné(e) …………………………………………………………………………………………….

Responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (3)

􀂅 N’autorise pas mon(mes) enfant(s)……………………………………………………………………

􀂅 Autorise mon(mes) enfant(s)…………………………………………………………………………..

Né(e)(s) le : …………………………………………………………………………..à être transporté(s) en car, minibus ou voiture particulière dans le cadre des déplacements lors des sorties péri et extrascolaires.

J’autorise les responsables à faire dispenser les soins nécessaires et utiles en cas d’urgence à mon enfant.

A , le Signature

(3)Barrer les mentions inutiles