



**A RAMENER AU PLUS TARD LE 16 JUIN 2017**

## DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTIONS

### Préalable à toute inscription à une activité municipale

Le Dossier Unique d'Inscriptions **D.U.I** vous permet de fournir à la Mairie, **en une seule fois**, l'ensemble des pièces requises, pour votre (vos) enfant(s), en vue d'une inscription aux services municipaux suivants :

- + Crèche
- + ALAE (Accueil de Loisirs Associé à l'Ecole)
- + Restauration scolaire
- + ALSH (Accueil de Loisirs Sans Hébergement)
- + CLAPS (Centre de Loisirs Aussonnais Pour adolescents)

Dossier **complet** à retourner :  
**MAIRIE D'AUSSONNE**  
Dossier Unique d'Inscriptions  
Place de l'hôtel de ville  
31840 AUSSONNE

# INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

## Responsables légaux

### PÈRE

Nom .....

Prénom ..... Nationalité ..... Date de naissance ..... / ..... / .....

Adresse complète .....

Code postal ..... Ville..... Téléphone domicile.....

Téléphone mobile ..... Adresse e-mail .....

### Situation professionnelle

Profession ..... Employeur .....

Adresse complète .....

Code postal ..... Ville..... Téléphone direct .....

Téléphone standard ..... N° de poste .....

Horaires de travail.....

### MÈRE

Nom ..... Nom de jeune fille .....

Prénom ..... Nationalité ..... Date de naissance ..... / ..... / .....

Adresse complète .....

Code postal ..... Ville..... Téléphone domicile.....

Téléphone mobile ..... Adresse e-mail .....

### Situation professionnelle

Profession ..... Employeur .....

Adresse complète .....

Code postal ..... Ville..... Téléphone direct .....

Téléphone standard ..... N° de poste .....

Horaires de travail.....

### Situation de la famille

Marié(e)  Célibataire  Vie maritale  Pacsé(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  En instance de divorce

Nombre d'enfants à charge du foyer fiscal .....

**1<sup>er</sup> ENFANT :**

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance ..... / ..... / .....  
Nationalité ..... Sexe : M  F   
Etablissement scolaire ..... Classe .....  
Structure multi accueil  ALAE/ALSH  CLAP'S   
Mode de garde : Parents  Père-Mère garde alternée  Autre

**2<sup>ème</sup> ENFANT :**

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance ..... / ..... / .....  
Nationalité ..... Sexe : M  F   
Etablissement scolaire ..... Classe .....  
Structure multi accueil  ALAE/ALSH  CLAP'S   
Mode de garde : Parents  Père-Mère garde alternée  Autre

**3<sup>ème</sup> ENFANT :**

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance ..... / ..... / .....  
Nationalité ..... Sexe : M  F   
Etablissement scolaire ..... Classe .....  
Structure multi accueil  ALAE/ALSH  CLAP'S   
Mode de garde : Parents  Père-Mère garde alternée  Autre

**4<sup>ème</sup> ENFANT :**

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance ..... / ..... / .....  
Nationalité ..... Sexe : M  F   
Etablissement scolaire ..... Classe .....  
Structure multi accueil  ALAE/ALSH  CLAP'S   
Mode de garde : Parents  Père-Mère garde alternée  Autre

Date ..... Signature(s) du (ou des) responsable(s) :

# PERSONNES A PRÉVENIR (CONTACT)

Dans le cas où les responsables légaux ne peuvent être joints, merci de nous communiquer les coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence et / ou autorisées à prendre l'enfant en charge.

## **OBLIGATION de noter une personne minimum**

### **1<sup>ère</sup> PERSONNE**

Nom ..... Prénom .....

A contacter       Autorisée à prendre en charge       A contacter et autorisée

Lien de parenté.....

Adresse complète .....

Code postal ..... Ville..... Téléphone domicile.....

Téléphone mobile .....

### **2<sup>ème</sup> PERSONNE**

Nom ..... Prénom .....

A contacter       Autorisée à prendre en charge       A contacter et autorisée

Lien de parenté.....

Adresse complète .....

Code postal ..... Ville..... Téléphone domicile.....

Téléphone mobile .....

### **3<sup>ème</sup> PERSONNE**

Nom ..... Prénom .....

A contacter       Autorisée à prendre en charge       A contacter et autorisée

Lien de parenté.....

Adresse complète .....

Code postal ..... Ville..... Téléphone domicile.....

Téléphone mobile .....

# FICHE D'AUTORISATIONS

Nom de la famille.....

## INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES

La Mairie d'Aussonne se réserve le droit de vous demander de **produire les originaux des copies** fournies lors d'une inscription ou d'une mise à jour.

« Conformément à l'article 34 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir communication et le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant, en vous adressant auprès d'une des directions concernées ».

## CDAP

La Mairie d'Aussonne et la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Garonne ont signé une convention de service pour la consultation des revenus enregistrés dans la base allocataire. Propriété de la CAF, par l'intermédiaire du service télématique sécurisé dénommé CDAP, nous n'avons accès qu'à votre quotient familial.

**Autorisez-vous la Mairie à consulter votre Quotient Familial par l'intermédiaire du service télématique sécurisé dénommé CDAP :**                    oui                     non

Si oui N° ALLOCATAIRE CAF : .....

Si réponse négative, pour bénéficier d'un tarif adapté à vos revenus et à votre situation familiale, vous devez impérativement fournir :

- La copie de l'attestation de paiement de moins de 3 mois délivrée par la Caisse d'Allocations Familiales avec quotient familial.
- Le ou les avis d'imposition du ou des foyers 2017 sur les revenus 2016. (Si vous n'êtes pas en possession de ce dernier document au moment du dépôt du DUI, merci de le faire parvenir dès réception)

**Votre participation financière est calculée en fonction de vos revenus. En l'absence de justificatifs dans les délais impartis, le tarif le plus haut sera automatiquement appliqué jusqu'à la présentation de l'ensemble des pièces sans effet rétroactif, conformément à la réglementation en vigueur.**

## DROIT À L'IMAGE

La ville effectue régulièrement des reportages photos dans le cadre des activités organisées par ses services pour diffusion sur ses supports officiels de communication

**Autorisez-vous les services de la ville d'Aussonne à utiliser les photos de votre enfant ou de vos enfants, dans le cadre et les limites susvisés ?**

oui                     non

## A.L.A.E / A.L.S.H

Autorisez-vous les services de la ville d'AUSSONNE :

A maquiller le visage de votre ou de vos enfants  oui  non

A utiliser des lingettes sur le visage de votre ou vos enfants  oui  non

## FACTURE DEMATERIALISEE

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant(des enfants).....

Souhaite avoir accès à la facture dématérialisée.

**Je souhaite être prévenu(e) de la mise en ligne de ma facture sur l'adresse mail ci-dessous :**

.....@.....

Je soussigné(e) ..... certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus, et atteste de l'exactitude des informations figurant dans le présent dossier.

Fait à Aussonne, le ..... Signature :

# FONCTIONNEMENT

## 1°) Restauration scolaire

Les inscriptions à la cantine doivent être réalisées uniquement auprès du régisseur de la commune d'Aussonne. Toutes les annulations ou les inscriptions (pour la semaine) devront être réalisées le vendredi précédent la semaine concernée, avant 10h00 dernier délai.

En cas d'absence de votre enfant ne pouvant être annulée, vous pourrez récupérer le repas à 12h00, à la porte de l'ALAE.

Pour cela, il faudra en avoir fait préalablement la demande aux co-responsables de l'Accueil de Loisirs avant 10h (le même jour).

**CONTACT : MURIEL : 05-62-13-48-50 ou e-mail : [muriel.icart@aussonne.fr](mailto:muriel.icart@aussonne.fr)**

J'autorise la commune d'Aussonne à commander systématiquement les repas cantine pour mon enfant :

- Pour les jours scolaires de l'année 2017/2018 selon l'agenda disponible dans la rubrique Inscription.

## 2°) A.L.A.E., A.L.S.H., CLAP'S ET CRECHES

Confère règlement intérieur de chaque structure.

# FACTURATION

✚ Période d'encaissement :

A terme échu la première semaine de chaque mois.

✚ Moyens de paiement :

- En mairie :
  - Chèque
  - Espèce
  - CB
  - CESU (les titres de CESU sont acceptés uniquement pour la garde de l'enfant jusqu'à ses 6 ans révolus (ALAE, ALSH et crèche)).
- En ligne : sur le site Internet de la Mairie [www.aussonne.fr](http://www.aussonne.fr). Cliquer sur « Accéder aux services en ligne » et renseigner votre identifiant et mot de passe. Pour connaître ces derniers, cliquer sur « Comment trouver mon identifiant et mon mot de passe ? »

✚ Date limite de paiement :

Les factures mensuelles doivent impérativement être réglées à la date mentionnée sur celle-ci. Aucun rappel ne sera envoyé. Au-delà de ce délai, le recouvrement de la facture sera confié à la Trésorerie de Blagnac et ceux chaque mois.

Date ..... Signature :

# LISTE DES DOCUMENTS À JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DOSSIER

## Dans tous les cas :

- Justificatif de domicile **de moins de 3 mois** (taxe d'habitation, EDF, téléphone, quittance de loyer...)
- Photocopie du carnet de vaccinations
- Assurance (photocopie)
  - **Pour chacun de vos enfants**, assurance extra-scolaire (*année scolaire en cours*) ou responsabilité civile des parents
- Attestation de paiement de moins de 3 mois délivrée par la CAF avec quotient familial  
ou
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition recto-verso **du ou des foyers fiscaux concernés**

## Pour chacun de vos enfants :

- Photocopie du livret de famille (*ou de l'acte de naissance avec filiation ou de l'acte d'adoption simple*).
- Attestation carte vitale (*en cours de validité*) de la personne couvrant votre enfant ou carte de santé (CMU)
- Fiche sanitaire **jointe** dûment complétée, datée et signée.
- Fiche d'autorisations complétée et signée
- Règlement intérieur de la structure signé

## Selon votre situation familiale :

- En cas de séparation ou de divorce* : Photocopie de l'extrait de jugement relatif à l'exercice de l'autorité parentale.



En cas de garde partagée, **les deux parents** devront signer conjointement le DUI et les règlements intérieurs de l'ALAE et de l'ALSH.

## **Pièces supplémentaires en fonction de l'activité envisagée**

Selon l'évolution de la réglementation et des activités proposées, d'autres attestations ou certificats médicaux pourront vous être demandés ultérieurement.

**L'école fréquentée par votre enfant peut vous demander des documents identiques.**

**Ceci est normal car les activités scolaires relèvent de l'Education Nationale et non de la Mairie d'Aussonne.**

# INSCRIPTIONS

## 1<sup>er</sup> ENFANT :

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance ..... / ..... / .....

Ecole : Jules Ferry  Louise Michel

Classe : .....

## RESTAURATION SCOLAIRE

Veuillez cocher S.V.P les jours où votre enfant prendra le repas au restaurant scolaire pour l'année 2017/2018 :

- Lun  Mar  Mer  Jeu  Ven
- A la demande  (si vous ne pouvez déterminer les jours exacts)

Régime Alimentaire : Sans porc  Sans viande

## INSCRIPTION A.L.A.E (Accueil de Loisirs Associé à 'Ecole)

Oui  Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALAE: Oui  Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALSH: Oui  Non

Sortir seul après la classe : Oui  Non

## INSCRIPTION A.L.A.E mercredi après midi

Les inscriptions pour le 1er trimestre des mercredis après-midi commenceront le 19 juin 2017. Inscription par téléphone auprès des responsables de chaque structure :

JULES FERRY : 05-61-06-15-87

LOUISE MICHEL : 05-62-13-48-53

## BUS

Oui  Non

Si oui, quels jours :

LUN matin  soir , MAR matin  soir , MER matin  midi , JEU matin  soir , VEN matin  soir

## 2<sup>ème</sup> ENFANT :

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance ..... / ..... / .....

Ecole : Jules Ferry A  Louise Michel

Classe : .....

## RESTAURATION SCOLAIRE

Veuillez cocher S.V.P les jours où votre enfant prendra le repas au restaurant scolaire pour l'année 2017/2018 :

- Lun  Mar  Mer  Jeu  Ven
- A la demande  (si vous ne pouvez déterminer les jours exacts)

Régime Alimentaire : Sans porc  Sans viande



## **INSCRIPTION A.L.A.E (Accueil de Loisirs Associé à 'Ecole)**

Oui  Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALAE: Oui  Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALSH: Oui  Non

Sortir seul après la classe : Oui  Non

## **INSCRIPTION A.L.A.E mercredi après-midi**

Les inscriptions pour le 1er trimestre des mercredis après-midi commenceront le 19 juin 2017. Inscription par téléphone auprès des responsables de chaque structure :

JULES FERRY: 05-61-06-15-87

LOUISE MICHEL : 05-62-13-48-53

## **BUS**

Oui  Non

Si oui, quels jours :

LUN matin  soir , MAR matin  soir , MER matin  midi , JEU matin  soir , VEN matin  soir

## **3<sup>ème</sup> ENFANT :**

Nom ..... Prénom..... Date de naissance ..... / ..... / .....

Ecole : Jules Ferry  Louise Michel

Classe : .....

## **RESTAURATION SCOLAIRE**

Veuillez cocher S.V.P les jours où votre enfant prendra le repas au restaurant scolaire pour l'année 2017/2018 :

- Lun  Mar  Mer  Jeu  Ven

- A la demande  (si vous ne pouvez déterminer les jours exacts)

Régime Alimentaire : Sans porc  Sans viande

## **INSCRIPTION A.L.A.E (Accueil de Loisirs Associé à 'Ecole)**

Oui  Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALAE: Oui  Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALSH: Oui  Non

Sortir seul après la classe : Oui  Non

## **INSCRIPTION A.L.A.E mercredi après-midi**

Les inscriptions pour le 1er trimestre des mercredis après-midi commenceront le 19 juin 2017. Inscription par téléphone auprès des responsables de chaque structure :

JULES FERRY : 05-61-06-15-87

LOUISE MICHEL : 05-62-13-48-53

## **BUS**

Oui  Non

Si oui, quels jours :

LUN matin  soir , MAR matin  soir , MER matin  midi , JEU matin  soir , VEN matin  soir

## 4<sup>ème</sup> ENFANT :

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance ..... / ..... / .....

Ecole : Jules Ferry  Louise Michel

Classe : .....

### RESTAURATION SCOLAIRE

Veuillez cocher S.V.P les jours où votre enfant prendra le repas au restaurant scolaire pour l'année 2017/2018 :

- Lun  Mar  Mer  Jeu  Ven
- A la demande  (*si vous ne pouvez déterminer les jours exacts*)

Régime Alimentaire : Sans porc  Sans viande

### INSCRIPTION A.L.A.E (Accueil de Loisirs Associé à 'Ecole)

Oui  Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALAE: Oui  Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALSH: Oui  Non

Sortir seul après la classe : Oui  Non

### INSCRIPTION A.L.A.E mercredi après-midi

Les inscriptions pour le 1er trimestre des mercredis après-midi commenceront le 19 juin 2017. Inscription par téléphone auprès des responsables de chaque structure :

JULES FERRY : 05-61-06-15-87

LOUISE MICHEL : 05-62-13-48-53

### BUS

Oui  Non

Si oui, quels jours :

LUN matin  soir , MAR matin  soir , MER matin  midi , JEU matin  soir , VEN matin  soir

Nom \_\_\_\_\_ Prénom (s) \_\_\_\_\_  
 Sexe : M  F  Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Vaccinations et dates**

(à renseigner à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies des pages correspondantes ou certificat attestant que les vaccinations obligatoires en collectivité sont à jour )

PENTAVALENT (diphtérie,tétanos,polio, coqueluche, hemophilus, influenzae) \_\_\_\_\_ Rappels \_\_\_\_\_

HEXAVALENT (diphtérie,tétanos,polio, coqueluche, hemophilus, influenzae, hépatite B) \_\_\_\_\_

BCG \_\_\_\_\_ Tests BCG \_\_\_\_\_

Autres \_\_\_\_\_

N.B : si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication.

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :  Oui - date de validité \_\_\_\_\_  
 Non

Projet d'Education et d'Intégration Individualisée (PEII) :  Oui - date de validité \_\_\_\_\_  
 Non

Maladies chroniques : Asthme, convulsions, diabète, autres (précisez) \_\_\_\_\_

Réactions allergiques : Médicaments, aliments, autres (précisez) \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un régime alimentaire (sur prescription médicale) ?  Oui - Lequel : \_\_\_\_\_  
 Non

L'enfant suit-il un traitement médical  Oui - Lequel : \_\_\_\_\_  
 Non

Autres difficultés de santé : maladie, accident, hospitalisation, opérations (précisez en indiquant la date)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

L'enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'une école spécialisée ? :  
 Oui - laquelle : \_\_\_\_\_  
 Non

N.B aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans l'ordonnance de prescription

**Précautions à prendre pour certaines activités sportives**

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Antécédents particuliers : fractures, entorses, autres (précisez) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Médecin traitant**

Nom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

responsable légal, titulaire de l'autorité parentale, de l'enfant \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés sur cette  
fiche et autorise les responsables de structures municipales à prendre, le cas échéant, toutes  
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par  
l'état de l'enfant.

Date \_\_\_\_\_ Signature :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom (s) \_\_\_\_\_  
Sexe : M  F  Date de naissance : \_\_\_\_\_

### Vaccinations et dates

(à renseigner à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies des pages correspondantes ou certificat attestant que les vaccinations obligatoires en collectivité sont à jour)

PENTAVALENT (diphtérie,tétanos,polio, coqueluche, hemophilus, influenzae) \_\_\_\_\_ Rappels \_\_\_\_\_

HEXAVALENT (diphtérie,tétanos,polio, coqueluche, hemophilus, influenzae, hépatite B) \_\_\_\_\_

BCG \_\_\_\_\_ Tests BCG \_\_\_\_\_

Autres \_\_\_\_\_

N.B : si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication.

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :  Oui - date de validité \_\_\_\_\_  
 Non

Projet d'Education et d'Intégration Individualisée (PEII) :  Oui - date de validité \_\_\_\_\_  
 Non

Maladies chroniques : Asthme, convulsions, diabète, autres (précisez) \_\_\_\_\_

Réactions allergiques : Médicaments, aliments, autres (précisez) \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un régime alimentaire (sur prescription médicale) ?  Oui - Lequel : \_\_\_\_\_  
 Non

L'enfant suit-il un traitement médical  Oui - Lequel : \_\_\_\_\_  
 Non

Autres difficultés de santé : maladie, accident, hospitalisation, opérations (précisez en indiquant la date)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'une école spécialisée ? :  
 Oui - laquelle : \_\_\_\_\_  
 Non

N.B aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans l'ordonnance de prescription

### Précautions à prendre pour certaines activités sportives

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antécédents particuliers : fractures, entorses, autres (précisez) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Médecin traitant**

Nom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

responsable légal, titulaire de l'autorité parentale, de l'enfant \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés sur cette  
fiche et autorise les responsables de structures municipales à prendre, le cas échéant, toutes  
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par  
l'état de l'enfant.

Date \_\_\_\_\_ Signature :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom (s) \_\_\_\_\_  
Sexe : M  F  Date de naissance : \_\_\_\_\_

### Vaccinations et dates

(à renseigner à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies des pages correspondantes ou certificat attestant que les vaccinations obligatoires en collectivité sont à jour)

PENTAVALENT (diphtérie, tétanos, polio, coqueluche, hemophilus, influenzae) \_\_\_\_\_ Rappels \_\_\_\_\_

HEXAVALENT (diphtérie, tétanos, polio, coqueluche, hemophilus, influenzae, hépatite B) \_\_\_\_\_

BCG \_\_\_\_\_ Tests BCG \_\_\_\_\_

Autres \_\_\_\_\_

N.B : si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication.

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :  Oui - date de validité \_\_\_\_\_  
 Non

Projet d'Education et d'Intégration Individualisée (PEII) :  Oui - date de validité \_\_\_\_\_  
 Non

Maladies chroniques : Asthme, convulsions, diabète, autres (précisez) \_\_\_\_\_

Réactions allergiques : Médicaments, aliments, autres (précisez) \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un régime alimentaire (sur prescription médicale) ?  Oui - Lequel : \_\_\_\_\_  
 Non

L'enfant suit-il un traitement médical  Oui - Lequel : \_\_\_\_\_  
 Non

Autres difficultés de santé : maladie, accident, hospitalisation, opérations (précisez en indiquant la date)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'une école spécialisée ? :  
 Oui - laquelle : \_\_\_\_\_  
 Non

N.B aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans l'ordonnance de prescription

### Précautions à prendre pour certaines activités sportives

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antécédents particuliers : fractures, entorses, autres (précisez) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Médecin traitant

Nom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

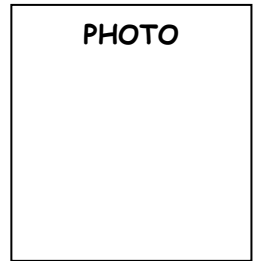
Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

responsable légal, titulaire de l'autorité parentale, de l'enfant \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés sur cette  
fiche et autorise les responsables de structures municipales à prendre, le cas échéant, toutes  
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par  
l'état de l'enfant.

Date \_\_\_\_\_ Signature :





Nom \_\_\_\_\_ Prénom (s) \_\_\_\_\_  
 Sexe : M  F  Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Vaccinations et dates**

(à renseigner à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies des pages correspondantes ou certificat attestant que les vaccinations obligatoires en collectivité sont à jour )

PENTAVALENT (diphtérie,tétanos,polio, coqueluche, hemophilus, influenzae) \_\_\_\_\_ Rappels \_\_\_\_\_

HEXAVALENT (diphtérie,tétanos,polio, coqueluche, hemophilus, influenzae, hépatite B) \_\_\_\_\_

BCG \_\_\_\_\_ Tests BCG \_\_\_\_\_

Autres \_\_\_\_\_

N.B : si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication.

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :  Oui - date de validité \_\_\_\_\_  
 Non

Projet d'Education et d'Intégration Individualisée (PEII) :  Oui - date de validité \_\_\_\_\_  
 Non

Maladies chroniques : Asthme, convulsions, diabète, autres (précisez) \_\_\_\_\_

Réactions allergiques : Médicaments, aliments, autres (précisez) \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un régime alimentaire (sur prescription médicale) ?  Oui - Lequel : \_\_\_\_\_  
 Non

L'enfant suit-il un traitement médical  Oui - Lequel : \_\_\_\_\_  
 Non

Autres difficultés de santé : maladie, accident, hospitalisation, opérations (précisez en indiquant la date)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

L'enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'une école spécialisée ? :  
 Oui - laquelle : \_\_\_\_\_  
 Non

N.B aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans l'ordonnance de prescription

**Précautions à prendre pour certaines activités sportives**

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Antécédents particuliers : fractures, entorses, autres (précisez) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Médecin traitant**

Nom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

responsable légal, titulaire de l'autorité parentale, de l'enfant \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés sur cette  
fiche et autorise les responsables de structures municipales à prendre, le cas échéant, toutes  
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par  
l'état de l'enfant.

Date \_\_\_\_\_ Signature :