



**DOCUMENT A SIGNER**

Accueil périscolaire année scolaire septembre 2017 à juillet 2018

L'accueil périscolaire se situe à l'école MALRAUX.  
Il est ouvert aux enfants **à partir de 3 ans révolus** scolarisés  
dans les écoles maternelles et primaires.

**L'accueil du matin :**

Les parents conduisent les enfants à l'école Malraux  
Les animatrices se chargent d'emmener à pied les enfants dans les différentes écoles.

***Pour permettre les déplacements dans de bonnes conditions,  
les enfants sont tenus d'arriver avant 8h00.***

**L'accueil du soir :**

Il convient de **donner le bon de présence, à l'école le matin**  
(en même temps que le ticket de cantine).

**Sans bon de présence, l'enfant ne sera pas comptabilisé dans les effectifs du soir.**

Sur le bon de présence mettre : le nom, le prénom de l'enfant, la date,  
ainsi que le nom de l'enseignant.

Les animatrices ramènent les enfants à pied, à l'école Malraux où les parents viennent les rechercher.

Pour le soir et éventuellement le matin  
**prévoir un goûter et une boisson**  
dans un petit sac à dos.

**Le tarif est en fonction de votre quotient familial.**

Le paiement s'effectue à la fin de chaque mois.

**Les enfants, qui participent le soir :**  
**à l'activité piscine ou autre ne peuvent pas bénéficier**  
**de l'Accueil Périscolaire.**

**De même, lors des sorties scolaires en dehors**  
**des heures habituelles de l'école (matin et soir).**

La municipalité dégage toute responsabilité en cas de perte, vol, détérioration de matériel  
(jeux électroniques, bijoux ...).

A Montigny en Ostrevent, le .....

Signature du représentant légal.....

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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.

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
Diphthérie				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 ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - 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 AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHÉ	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES 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.

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

**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 .....

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 : .....

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

**OBSERVATIONS**

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

Copyright 01 04 00 0000

**FICHE D'INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE**

**Année scolaire septembre 2017 à juillet 2018**

**ECOLE** de l'enfant .....

**ENFANT**

<b>Nom</b>	<b>Classe</b>
<b>Prénom</b>	<b>Nom du professeur</b>
<b>Age</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Lieu de naissance</b>	

**PARENTS**

<b>Madame</b>	<b>Monsieur</b>
<b>Nom du père</b>	<b>Nom de la mère</b>
<b>Prénom</b>	<b>Prénom</b>
<b>Profession</b>	<b>Profession</b>
<b>Numéros de téléphone domicile et portable</b>	<b>Numéros de téléphone domicile et portable</b>

**Adresse des parents**

**En cas de séparation, qu'elles sont les modalités de la garde (joindre la photocopie du jugement).**

**Numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale**

**Personnes à contacter en cas d'urgence et autorisées à reprendre l'enfant en cas d'absence des parents**

<b>Nom</b>	<b>Nom</b>
<b>Prénom</b>	<b>Prénom</b>
<b>Adresse</b>	<b>Adresse</b>
<b>Tél :</b>	<b>Tél :</b>
<b>Nom</b>	<b>Nom</b>
<b>Prénom</b>	<b>Prénom</b>
<b>Adresse</b>	<b>Adresse</b>
<b>Tél :</b>	<b>Tél :</b>