

# Dossier d'inscription 2021-2022

## Vie scolaire:

- Garderies « Périscolaires »
- Restaurant scolaire
- Etude surveillée

PHOTO

Nom : .....

Prénom : .....

Classe : .....

Enseignant : ..... (complété par le service administratif)

### **Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :**

| Nom – Prénom | Adresse | Téléphone |
|--------------|---------|-----------|
|              |         |           |
|              |         |           |
|              |         |           |
|              |         |           |

Service Vie Scolaire  
Mairie de Templeuve-en-Pévèle  
Rue Georges Baratte 59242 Templeuve-en-Pévèle  
Tél. : 03.20.64.65.66  
E-mail : [regie-ecoles@ville-templeuve.fr](mailto:regie-ecoles@ville-templeuve.fr)

## 1 Renseignements concernant l'enfant

Nom de l'enfant : ..... Prénom : ..... Sexe : .....  
Né(e) le : ...../...../..... Ville de naissance : ..... Age : .....  
Nationalité : ..... N° de Sécu de l'enfant : .....  
Régime sans porc : ☐ oui ☐ non Plan d'Accueil Individualisé ☐ oui ☐ non  
Régime sans viande : ☐ oui ☐ non  
Autorisation de rentrer seul après la garderie : ☐ oui ☐ non après l'étude surveillée ☐ oui ☐ non  
Autorisation d'utilisation de l'image de l'enfant (presse, site internet, réseaux sociaux): ☐ oui ☐ non  
Personne à prévenir en cas d'absence des parents : ..... Tél. : .....  
Médecin traitant : ..... Tél : .....

## 2 Renseignements concernant la famille

Adresse de facturation : .....  
code postal : ..... ville .....  
Téléphone : ..... E-mail : .....  
Nombre d'enfants vivant au domicile familial : .....  
Nom et adresse de l'assurance : .....  
Assurance responsabilité civile : ..... N° de police : .....

## 3 Renseignements concernant les parents

Situation familiale :

☐ Célibataire ☐ Mariés ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐ Veuf(ve) ☐ Union libre ☐ Pacsés

| PÈRE                                                                                                               | MÈRE                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom: .....                                                                                                         | Nom: .....                                                                                                         |
| Prénom: .....                                                                                                      | Prénom: .....                                                                                                      |
| N° S.S. : .....                                                                                                    | N° S.S. : .....                                                                                                    |
| Adresse (si différente de la facturation :<br>.....<br>.....                                                       | Adresse (si différente de la facturation) :<br>.....<br>.....                                                      |
| Email : .....(obligatoire)                                                                                         | Email : .....                                                                                                      |
| Tél Domicile : ...../...../...../...../..... <input type="checkbox"/> Liste Rouge                                  | Tél Domicile : ...../...../...../...../..... <input type="checkbox"/> Liste Rouge                                  |
| Tél Portable : ...../...../...../...../.....                                                                       | Tél Portable : ...../...../...../...../.....                                                                       |
| Profession : .....                                                                                                 | Profession : .....                                                                                                 |
| Employeur : .....                                                                                                  | Employeur : .....                                                                                                  |
| Tél Professionnel : ...../...../...../...../.....                                                                  | Tél Professionnel : ...../...../...../...../.....                                                                  |
| C.A.F. de : .....                                                                                                  | C.A.F. de : .....                                                                                                  |
| N° Allocataire C.A.F. : .....                                                                                      | N° Allocataire C.A.F. : .....                                                                                      |
| Adhérez-vous à une mutuelle ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>si oui laquelle : ..... | Adhérez-vous à une mutuelle ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>si oui laquelle : ..... |

Qui exerce l'autorité parentale ? Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐

*Pour la facturation des services en cas de garde alternée,  
merci de vous rapprocher de la régisseuse en Mairie.*

Date :  
Signature:  
(Précédée de lu et approuvé)

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(DOCUMENT CONFIDENTIEL)

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE :            M ☐    F    ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrête du 20 févr. 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

## 1. VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMADES           | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|------------------------------|-------|
| Diphtérie                 |     |     |                            | Coqueluche                   |       |
| Tétanos                   |     |     |                            | Haemophilus                  |       |
| Poliomyélite              |     |     |                            | Rubéole - Oreillons Rougeole |       |
|                           |     |     |                            | Hépatite B                   |       |
|                           |     |     |                            | Pneumocoque                  |       |
|                           |     |     |                            | BCG                          |       |
|                           |     |     |                            | Autres (préciser)            |       |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.

## 2. RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE MINEUR

Poids : ..... Kg    Taille : ..... Cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance ou PAI.

ALLERGIES :

- Alimentaires            oui ☐            non ☐
  - Médicamenteuses    oui ☐            non ☐
  - Autres                    oui ☐            non ☐
- Précisez : .....

Si oui joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser    oui ☐            non ☐

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

3 RECOMMANDATION

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil.....

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

4 RESPONSABLE DU MINEUR

Responsable du mineur N°1

NOM : .....

PRENOM : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable du mineur N°2

NOM : .....

PRENOM : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné (e) ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé d ce mineur.

Date :

Signature