



# Dossier Unique d'inscription Péri-scolaire

## Volet Enfant

(1 feuille par enfant scolarisé)

**Merci de joindre une photo d'identité par enfant**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Classe fréquentée 2021/2022 : \_\_\_\_\_

Merci de cocher les cases correspondantes :

|  |   |       |       |       |          |
|--|---|-------|-------|-------|----------|
| <b>Garderie<br/>péri-scolaire</b>            | J'inscris mon enfant à la garderie péri-scolaire à compter du : |       |       |       |          |
|  | <input type="checkbox"/> accueil régulier                       |       |       |       |          |
| Jours souhaités :                            |   |       |       |       |          |
|  |   | lundi | mardi | jeudi | vendredi |
| matin  |   |       |       |       |          |
| soir   |   |       |       |       |          |
| <input type="checkbox"/> accueil occasionnel |   |       |       |       |          |
| <b>Cantine</b>                               | J'inscris mon enfant à la cantine à compter du :                |       |       |       |          |
|  | régime : _____ allergie alimentaire : _____                     |       |       |       |          |
| <input type="checkbox"/> accueil régulier :  |   |       |       |       |          |
|  |   | lundi | mardi | jeudi | vendredi |
|  |   |       |       |       |          |
| <input type="checkbox"/> accueil occasionnel |   |       |       |       |          |

## Fiche sanitaire

N° de sécurité sociale auquel est affilié l'enfant : .....

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone .....

### Autre personne à contacter en cas d'urgence

1. Nom et Prénom : .....

Adresse .....

Téléphone : .....

2. Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### Renseignements médicaux

Joindre obligatoirement la copie de la page du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

oreillons .....  / scarlatine .....  / varicelle .....

coqueluche .....  / rougeole .....  / rubéole .....

Rhumatisme articulaire aigu .....

Autres .....  à préciser .....

Allergie(s) ou intolérance(s) alimentaire(s) médicalement justifiée(s) : oui .....

Préciser .....

Asthme : oui ...

autre problème de santé : oui .....  Préciser : .....

### Renseignements divers

Port de : Lentilles .....  / Lunettes .....

Prothèses auditives .....  / Prothèse dentaire .....

Autres ...  préciser .....

### En cas de problème, je souhaite que mon enfant soit dirigé :

Vers l'hôpital .....

Vers la clinique .....

Je soussigné ..... autorise les encadrants communaux à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Projet d'accueil individualisé déjà mis en place l'année scolaire précédente : Oui ...

Si oui, fournir une copie du PAI. Il est à renouveler chaque année. La trousse médicale devra être remise à la Direction de l'école ainsi qu'au responsable périscolaire du site en s'assurant, au préalable, de la validité des médicaments fournis.

Le PAI établi préconise que l'enfant ramène un panier repas : oui ...  / non ...

Signatures

Mairie de Cauville-sur-Mer

7 rue Saint-Nicolas - 76930 Cauville-sur-Mer

Tel : 02.35.20.20.90

mairie@cauillesurmer.fr/site internet : www.cauillesurmer.fr