

**FICHE DE RENSEIGNEMENT**

**Année 2024-2025**

**Rentrée 2024-2025 : Ecole…………………………Classe………………………………….**

|  |  |
| --- | --- |
| **Votre enfant** | |
| Nom…………………………………………..Prénom………………………………………… | |
| Né(e) le……………………………………… | |
| **Responsable(s) de l’enfant** | |
| Père (ou autre,  Préciser :…………………………) | Mère (ou autre,  Préciser…………………………….) |
| Nom……………………………………………  Prénom……………………………………… | Nom…………………………………………..  Prénom……………………………………… |
| Adresse…………………………………………  …………………………………………………… | Adresse (si différente)………………….  …………………………………………………….. |
| N° Tel……………………………………………  Travail………………………………………….. | N° Tel……………………………………………  Travail………………………………………….. |
| Mail…………………………………………………………………………………………………………  **N° ALLOCATAIRE CAF :** | |
| En cas de séparation / divorce, préciser qui dispose de l’autorité parentale et / ou garde de l’enfant  Le père La mère Les deux  Ne pas oublier de joindre la copie de la décision judiciaire | |

**A remettre impérativement en mairie avant le 05 Juillet 2024**

**IL N’Y AURA PAS D’INSCRIPTION EN DEHORS DE CES DATES**

Jours de fréquentation :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
| Garderie Matin / A partir de 7h30 |  |  |  |  |
| Cantine |  |  |  |  |
| Garderie Soir / Jusqu’à 18h30 |  |  |  |  |
| ALSH mercredis |  | | | |

J’autorise le directeur ou l’animateur le cas échéant, à prendre toute mesure en cas de problème, d’hospitalisation rendu nécessaire par l’état de santé de mon enfant : OUI NON

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Documents à fournir pour la garderie** | | | **Fournis** | |
| Fiche d’inscription complétée et signée | | |  | |
| Photocopie attestation CAF | | |  | |
| Photocopie feuille d’imposition | | |  | |
| Photocopie attestation assurance | | |  | |
| Photocopie justificatifs de domicile | | |  | |
| Photo d’identité pour les enfants n’ayant pas l’autorisation  D’être pris en photos | | |  | |
| Photocopie carnet de vaccinations à jour | | |  | |
| **Personnes autorisées à récupérer votre enfant à l’école en votre absence :** | | | | |
| Nom…………………………………………………  Prénom……………………………………………. | | N° Tel……………………………………………….. | | |
| Nom………………………………………………….  Prénom……………………………………………. | | N° Tel………………………………………………. | | |
| **Autorisation** | | | |
| J’autorise la photographie de mon enfant, l’utilisation et la  Diffusion des photos sur les supports de la mairie et l’ALSH  (presse, exposition, site internet, forum, bulletin, site  Facebook : service enfance/jeunesse le HOULME)  **Merci de nous transmettre une photo d’identité si votre**  **Enfant ne peut pas être photographié** | | | oui  non |
| j’autorise mon enfant à être pris en vidéo dans le cadre  d’atelier spécifique et de le diffuser lors de fêtes scolaire ou  auprès d’autres enfants | | | oui  non |
| **Catégorie socio professionnelle** | | | |
| **Merci de cocher la case correspondant à votre catégorie socio professionnelle**  REGIME GENERAL  Salariés du secteur privé, des entreprises artisanales, commerciales / Travailleurs indépendants,  Artisants commerçants et professions libérales/Inactifs sans revenus de substitution/inactifs avec revenus de  Substitution Régime général (retraite, pensions, chômage, maladie, maternité, AT, RSA, AAH,  APE,…)/Fonction publique hospitalière/Fonction publique territoriale (mairies, conseil général et  Régionale)/Agents contractuels des administrations d’Etat/Agents titulaires de la fonction  Publique d’Etat/Agents titulaires de l’éducation nationale/Artistes, auteurs, compositeurs/  La poste/France Télécom/Union minière  MSA  Salariés et exploitants agricoles/Ostréiculteurs/Salariés des caves coopératives/salarié des parcs  Et jardins/Aides familiaux agricoles/Salariés du crédit agricole/salariés des golfs…  AUTRES REGIME  Caisse maritime/caisse nationale de navigation intérieure/EDF GDF/SNCF et filiales/RATP | | | |

J’accepte que les informations contenues dans ce document puissent être transmises :

* Aux différents services internes de la Mairie
* Au trésor public en cas de recouvrement public
* Aux pompiers et service hospitalier en cas d’accident
* A la CAF en cas de contrôle

**Fait à** , **le**

**Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENT MEDICAUX** | | | | | |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | | **Dernières vaccinations** | | | **Prochaines**  **Vaccinations** |
| Diphtérie | |  | | |  |
| Tétanos | |  | | |  |
| Poliomyélite | |  | | |  |
| Ou DT polio | |  | | |  |
| Ou Tétracoq | |  | | |  |
| BCG | |  | | |  |
| **VACCINS RECOMMANDES** | |  | | |  |
| Hépatite B | |  | | |  |
| Rubéole-oreillons Rougeole | |  | | |  |
| Coqueluche | |  | | |  |
| Autres (préciser) | |  | | |  |
| **Maladies** | **OUI** | | **NON** | **Commentaires** | |
| Rubéole |  | |  |  | |
| Varicelle |  | |  |  | |
| Angine |  | |  |  | |
| Coqueluche |  | |  |  | |
| Scarlatine |  | |  |  | |
| Otite |  | |  |  | |
| Rougeole |  | |  |  | |
| Oreillons |  | |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Allergies  **MERCI de nous fournir**  **Une photo d’identité** | Commentaires et conduite à tenir :   * **Traitement médical :** fournir un certificat médical * **PAI :** merci de le transmettre au service périscolaire |
| Alimentaires |  |
| Asthme |  |
| Médicamenteuses |  |
| Régime Alimentaire  Particulier |  |