

**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’autorisationD’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 laDiffusion 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** | ouinon |
| j’autorise mon enfant à être pris en vidéo dans le cadred’atelier spécifique et de le diffuser lors de fêtes scolaire ouauprès d’autres enfants | ouinon |
| **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 deSubstitution Régime général (retraite, pensions, chômage, maladie, maternité, AT, RSA, AAH,APE,…)/Fonction publique hospitalière/Fonction publique territoriale (mairies, conseil général etRégionale)/Agents contractuels des administrations d’Etat/Agents titulaires de la fonctionPublique d’Etat/Agents titulaires de l’éducation nationale/Artistes, auteurs, compositeurs/La poste/France Télécom/Union minièreMSA Salariés et exploitants agricoles/Ostréiculteurs/Salariés des caves coopératives/salarié des parcsEt 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 AlimentaireParticulier |  |