



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

RENTREE 2023

- RESTAURANT SCOLAIRE
 - PERISCOLAIRE
 - ACCUEIL DE LOISIRS
- accueildeloisir@saint-witz.fr

Nom : _____ **L'ENFANT** **Sexe :** F ☐ M ☐
Prénom : _____
Date de naissance : _____ **Lieu :** _____
Rentrée scolaire 2023-2024, classe de : _____
Adresse domicile famille : _____
Code Postal : _____ **Ville :** _____
Mail : _____ **(en majuscule)** **Tél fixe :** _____

N° d'allocataire CAF (obligatoire) : _____ (l'ALSH est subventionné par la CAF)
☐ Régime Général (Sécurité Sociale, RAPT/SNCF) ☐ Régime Particulier (MSA, EDF/GDF) ☐ Autre Régime _____
N° sécurité sociale : _____
Assurance extra scolaire **Nom de l'assureur :** _____ **N° de contrat :** _____

LES PARENTS/ TUTEURS

NOMS DES PARENTS	PRÉNOMS DES PARENTS	TÉLÉPHONE PORTABLE	TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL

SORTIES DE L'ACCUEIL DE LOISIRS ET ACCUEILS PERISCOLAIRES

L'enfant peut-il rentrer seul ? ☐ OUI ☐ NON

NOMS	PRÉNOMS	NUMÉROS	LIENS DE PARENTÉ

RÉGIME ALIMENTAIRE

☐ Aucun ☐ Sans porc ☐ Végétarien ☐ Autre _____

ALLERGIE ALIMENTAIRE :

Pour toute allergie, merci de bien vouloir faire une demande de **PAI** et remplir le formulaire de notre société de restauration Convivio dédié aux allergies.
(Projet d'Accueil Individualisé) auprès de votre médecin.

DOSSIER MÉDICAL

TRAITEMENTS SUIVIT	ALLERGIES ALIMENTAIRES	ALLERGIES MEDICAMENTEUSES	ALLERGIES RESPIRATOIRES	ALLERGIES VEGETALES	AUTRES

MALADIES INFANTILES	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Scarlatine		
Coqueluche		
Rougeole		
Oreillons		

VACCINS
Obligatoire Joindre la photocopie des vaccins
du carnet de santé de vaccination



EN CAS D'URGENCE (Si les parents ne sont pas joignables)

NOMS	PRENOMS	NUMÉROS

ATTESTATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur

Mme, M. _____ demeurant _____

Autorisation de soins :

J'autorise les animateurs, agréés DDCS, diplômés PSC1 à donner à mon enfant les premiers soins et les traitements médicaux que son état de santé pourrait nécessiter et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions d'un médecin dans l'hôpital le plus proche.

☐ OUI ☐ NON

Autorisation de droit à l'image :

J'autorise les équipes des structures municipales à exploiter les images prises au cours des activités réalisées sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tous supports de communication : photos, films, site internet, article de presse, reportage vidéo...

☐ OUI ☐ NON

Je m'engage :

- 1) A respecter le règlement intérieur en vigueur
- 2) A compléter la fiche de renseignement recto/verso et à nous la remettre le plus rapidement possible pour l'enregistrement de l'inscription.

La commune de Saint Witz décline toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de détérioration de vêtements ou d'objets personnels (par exemple lunettes, appareils dentaire ou auditif, bijoux, jeux vidéo, téléphone portable...).

Fait à Saint Witz, le _____

Signatures des deux parents