

<p>Service enfance et jeunesse Mairie de Sayat Rue des Mailleries 63530 Sayat 04.73.62.87.06 nicolas.mazure@orange.fr</p> 	<h2 style="color: blue;">Fiche de renseignements unique</h2> <h3 style="color: blue;">Inscription scolaire/Accueil de loisirs</h3>	<p>Réservé à l'administration Date de réception du dossier complet: .....</p>
---	--	---

**ETAT CIVIL DE L'ENFANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : Garçon  Fille

Ecole fréquentée par l'enfant : \_\_\_\_\_ Classe de l'année en cours: \_\_\_\_\_

Ecole de scolarisation souhaitée Sayat  Argnat

**LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT\***

Responsable légal 1 Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur(trice) <input type="checkbox"/>		Responsable légal 2 Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur(trice) <input type="checkbox"/>	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse		Adresse	
Profession		Profession	
Employeur		Employeur	

\* **Responsables légaux** : Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour : La transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994).

Situation des parents :  
 concubinage    pacsé(e)    marié(e)    séparé(e)    divorcé(e)    veuf(ve)    célibataire    monoparentale

En cas de séparation ou de divorce les deux parents ont-ils l'autorité parentale ?                      OUI                      NON

En cas de séparation ou de divorce merci de préciser l'adresse principale de l'enfant:  
 .....

Pour l'utilisation du logiciel d'inscription et de facturation "**Portail Famille**" une adresse mail est indispensable :  
 .....

**TELEPHONES**

Domicile (père)		Portable (père)		Travail (père)	
Domicile (mère)		Portable (mère)		Travail (mère)	

**Personnes à prévenir en cas d'urgence (si les parents ne sont pas joignables)**

Nom/Prénom		Nom/Prénom	
N° de tél		N° de tél	
Lien de parenté		Lien de parenté	
Nom/Prénom		Nom/Prénom	
N° de tél		N° de tél	
Lien de parenté		Lien de parenté	

**Personnes habilitées à venir chercher votre enfant**

Nom/Prénom		Nom/Prénom	
N° de tél		N° de tél	
Lien de parenté		Lien de parenté	
Nom/Prénom		Nom/Prénom	
N° de tél		N° de tél	
Lien de parenté		Lien de parenté	

**ADMINISTRATIF**

N° de sécurité sociale de rattachement de l'enfant

Nom de l'assuré

N° Allocataire CAF ou MSA

Nom de l'allocataire :  
CAF ou MSA**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX****VACCINATIONS**

Vaccins obligatoires	Merci de cocher la case	Date dernier rappel	Vaccins recommandés	Merci de cocher la case	Date dernier rappel
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Variole		
ou Tétracoq			Autres		
BCG					

**MALADIES\* (merci de cocher la ou les cases correspondantes)**

Angine	Rubéole	Otite	Varicelle	Coqueluche	Scarlatine	Oreillons	Rougeole

**PARTICULARITES MEDICALES**

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (accident, hospitalisation, opération...) oui non

Merci de préciser le type de difficultés:.....

**P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé)**Si votre enfant souffre d'une pathologie nécessitant un traitement ou des soins médicaux un P.A.I doit être mis en place  
Avez-vous signé un P.A.I avec l'école oui non .....**ALLERGIES**

Allergie médicamenteuse	oui	non	Merci d'indiquer le médicament:.....
Allergie cutanée	oui	non	Merci d'indiquer la source:.....
Allergie alimentaire	oui	non	Merci d'indiquer le ou les aliments: .....

**Attention, en cas d'allergie alimentaire vous serez dans l'obligation de fournir un panier repas****REGIME ALIMENTAIRE**

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier oui non

Merci de préciser le type de régime:.....

1) En signant ce document, vous déclarez exacts les informations portées sur cette fiche de renseignements et vous vous engagez à prévenir le service enfance et jeunesse pour tout changement en cours d'année.

2) Vous autorisez le service enfance et jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de votre enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale, traitement médical)

3) Vous reconnaissez avoir pris connaissance du règlement intérieur validé par le conseil municipal, consultable sur le site de la commune ([www.sayat.fr](http://www.sayat.fr)) ou en version papier sur simple demande et vous en acceptez les termes.

Fait à .....le.....

Nom, prénom et signature du responsable légal 1

Nom, prénom et signature du responsable légal 2