



**Fiche de renseignements unique
Inscription scolaire
Accueil de loisirs**

Cadre réservé aux accueils de loisirs

Date de Réception : _____

Date de Saisie : _____

TN : _____ *TN+1* : _____

1^{er} enfant : _____

2^{ème} enfant : _____

3^{ème} enfant : _____

4^{ème} enfant : _____

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

* Renseignement obligatoire

Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur(trice)	Responsable légal 2 <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur(trice)
--	--

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).

Nom * :	Nom * :
Prénom * :	Prénom * :
Adresse * :	Adresse * :
<input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> monoparentale	<input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> monoparentale
☎ Domicile :	☎ Domicile :
☎ Portable * :	☎ Portable * :
☎ Travail * :	☎ Travail * :
Profession * :	Profession * :
Nom et adresse de l'employeur * :	Nom et adresse de l'employeur * :
.....
.....
N° Allocataire * :	N° Allocataire * :
N° de Sécurité sociale * :	N° de Sécurité sociale * :
Adresse mail de connexion au portail famille * :	Adresse mail de connexion au portail famille * :
.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence et de sortie (si les parents ne peuvent être joints) :

	Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone
1 ^{ère} personne			
2 ^{ème} personne			
3 ^{ème} personne			
4 ^{ème} personne			

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">Nom et Prénom du 1^{er} enfant :</p> <hr style="border: 0.5px solid black; margin: 5px 0;"/> <p> <input type="checkbox"/> GARÇON - <input type="checkbox"/> FILLE Enfant bénéficiant de l'AEEH* <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </p>	<p>Date de naissance* : _____</p> <p>Lieu de naissance* : _____</p> <p>Classe de l'année en cours* : _____</p> <p>Ecole Fréquentée par l'enfant* : _____</p> <p>Ecole de scolarisation souhaitée <input type="checkbox"/> Sayat <input type="checkbox"/> Argnat (première inscription)</p>
--	--

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du médecin traitant : _____ ☎ : _____

Maladies (merci de cocher la ou les cases correspondantes)

Angine	Rubéole	Otite	Varicelle	Coqueluche	Scarlatine	Oreillons	Rougeole
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

PARTICULARITES MEDICALES

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

Merci de préciser le type de difficultés : _____

Appareillage : Lunette appareil dentaire appareil auditif autre : _____

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 Motif du P.A.I : _____

ALLERGIES

Allergie médicamenteuse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Merci d'indiquer le médicament : _____
Allergie Cutanée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Merci d'indiquer la source : _____
Allergie Alimentaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Merci d'indiquer le ou les aliments : _____

Attention, en cas d'allergie alimentaire importante 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) ou en version papier sur simple demande et vous en acceptez les termes

À _____ le _____

Nom, Prénom et Signature du responsable légal 1	Nom, Prénom et Signature du responsable légal 2
---	---

Nom et Prénom du 2^{ème} enfant : <input type="checkbox"/> GARÇON - <input type="checkbox"/> FILLE Enfant bénéficiant de l'AAEH* <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date de naissance* : _____ Lieu de naissance* : _____ Classe de l'année en cours* : _____ Ecole Fréquentée par l'enfant* : _____ Ecole de scolarisation souhaitée <input type="checkbox"/> Sayat <input type="checkbox"/> Argnat (première inscription)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du médecin traitant : _____ ☎ : _____

Maladies (merci de cocher la ou les cases correspondantes)							
Angine	Rubéole	Otite	Varicelle	Coqueluche	Scarlatine	Oreillons	Rougeole
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

PARTICULARITES MEDICALES

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

Merci de préciser le type de difficultés : _____

Appareillage : Lunette appareil dentaire appareil auditif autre : _____

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 Motif du P.A.I : _____

ALLERGIES		
Allergie médicamenteuse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Merci d'indiquer le médicament : _____
Allergie Cutanée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Merci d'indiquer la source : _____
Allergie Alimentaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Merci d'indiquer le ou les aliments : _____
Attention, en cas d'allergie alimentaire importante 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) ou en version papier sur simple demande et vous en acceptez les termes

À _____ le _____

Nom, Prénom et Signature du responsable légal 1	Nom, Prénom et Signature du responsable légal 2
---	---

<p>Nom et Prénom du 3^{ème} enfant : _____</p> <p><input type="checkbox"/> GARÇON - <input type="checkbox"/> FILLE</p> <p>Enfant bénéficiant de l'AAEH* <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Date de naissance* : _____</p> <p>Lieu de naissance* : _____</p> <p>Classe de l'année en cours* : _____</p> <p>Ecole Fréquentée par l'enfant* : _____</p> <p>Ecole de scolarisation souhaitée <input type="checkbox"/> Sayat <input type="checkbox"/> Argnat (première inscription)</p>
--	--

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du médecin traitant : _____ ☎ : _____

Maladies (merci de cocher la ou les cases correspondantes)							
Angine	Rubéole	Otite	Varicelle	Coqueluche	Scarlatine	Oreillons	Rougeole
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

PARTICULARITES MEDICALES

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

Merci de préciser le type de difficultés : _____

Appareillage : Lunette appareil dentaire appareil auditif autre : _____

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 Motif du P.A.I : _____

ALLERGIES		
Allergie médicamenteuse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Merci d'indiquer le médicament : _____
Allergie Cutanée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Merci d'indiquer la source : _____
Allergie Alimentaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Merci d'indiquer le ou les aliments : _____
Attention, en cas d'allergie alimentaire importante 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) ou en version papier sur simple demande et vous en acceptez les termes

À _____ le _____

<p>Nom, Prénom et Signature du responsable légal 1</p>	<p>Nom, Prénom et Signature du responsable légal 2</p>
--	--

<p>Nom et Prénom du 4^{ème} enfant :</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> GARÇON - <input type="checkbox"/> FILLE</p> <p>Enfant bénéficiant de l'AAEH* <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Date de naissance* : _____</p> <p>Lieu de naissance* : _____</p> <p>Classe de l'année en cours* : _____</p> <p>Ecole Fréquentée par l'enfant* : _____</p> <p>Ecole de scolarisation souhaitée <input type="checkbox"/> Sayat <input type="checkbox"/> Argnat (première inscription)</p>
--	--

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du médecin traitant : _____ ☎ : _____

Maladies (merci de cocher la ou les cases correspondantes)							
Angine	Rubéole	Otite	Varicelle	Coqueluche	Scarlatine	Oreillons	Rougeole
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

PARTICULARITES MEDICALES

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

Merci de préciser le type de difficultés : _____

Appareillage : Lunette appareil dentaire appareil auditif autre : _____

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 Motif du P.A.I : _____

ALLERGIES		
Allergie médicamenteuse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Merci d'indiquer le médicament : _____
Allergie Cutanée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Merci d'indiquer la source : _____
Allergie Alimentaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Merci d'indiquer le ou les aliments : _____
Attention, en cas d'allergie alimentaire importante 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) ou en version papier sur simple demande et vous en acceptez les termes

À _____ le _____

<p>Nom, Prénom et Signature du responsable légal 1</p>	<p>Nom, Prénom et Signature du responsable légal 2</p>
--	--