

ACM de :

NOM (enfant) : _____ Prénoms : _____ Sexe : M F
Né(e) le : _____ Lieu de naissance (commune et département) : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Commune : _____
Classe : _____

RESPONSABLES LÉGAUX : à appeler en cas d'urgence

RESPONSABLE LÉGAL 1

Autorité parentale : Oui Non

Nom _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____
Adresse (si différente de celle de l'élève) _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____ Nom Employeur : _____
Adresse mail : _____ @ _____
Numéro allocataire CAF : _____

RESPONSABLE LÉGAL 2

Autorité parentale : Oui Non

Nom _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____
Adresse (si différente de celle de l'élève) _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____ Nom Employeur : _____
Adresse mail : _____ @ _____

AUTRE RESPONSABLE LÉGAL (personne physique et morale qui a la charge effective de l'enfant) Autorité parentale : Oui Non

Organisme : _____ Personne référente : _____
Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Adresse mail : _____ @ _____

DOCUMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR

- Photocopie du livret de famille (feuilles parents et enfants concernés)
- Copie des vaccinations
- En cas de séparation des parents, garde alternée, garde exclusive toute pièce justificative

- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Attestation CAF d'octobre N-1 (obligatoire, à défaut le quotient le plus haut sera appliqué)

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

Nom : _____ Prénom : _____ À appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____

Nom : _____ Prénom : _____ À appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____

Nom : _____ Prénom : _____ À appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____

DATE :

SIGNATURE DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

**PAR DÉLÉGATION ET POUR LE PRÉSIDENT
LE VICE-PRÉSIDENT JANNICK LEFEUVRE**

Les données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur d'école dans le logiciel de L'Éducation Nationale, « Base Élèves 1er degré ». Le Président de la Communauté de communes Somme Sud Ouest est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de contrôle de l'obligation scolaire.

Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du directeur, de l'IEC de circonscription ou du directeur académique des services de l'éducation nationale dans les conditions définies par les articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiées par la loi n°2004-801 du 6 août 2004.

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), _____, agissant en tant que responsable légal de l'enfant : _____, déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à en respecter les termes.

LES AUTORISATIONS :

L'enfant :

est autorisé à quitter les activités seul (les enfants de moins de 7 ans ne sont pas autorisés à repartir seuls)
n'est pas autorisé à

est autorisé à participer aux sorties organisées par le personnel en dehors de l'établissement
n'est pas autorisé à

est autorisé à être photographié ou filmés pour un usage interne de l'établissement ou externe (journal de la Communauté de Communes, émissions télévisuelles, quotidien locaux, réseaux sociaux)
n'est pas autorisé à

est autorisé à être transporté dans un véhicule par l'équipe d'animation, de direction, ou par un prestataire dans le cadre de sorties en groupe
n'est pas autorisé à

est autorisé à pratiquer les activités physiques et sportives
n'est pas autorisé à

est autorisé à participer aux baignades surveillées
n'est pas autorisé à

L'équipe de direction de la structure :

est autorisée à consulter notre dossier CAFPRO afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (Le service CAFPRO.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement confidentiel à l'équipe de direction)
n'est pas autorisée à

DATE :

SIGNATURE DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

1 - VACCINATIONS*

* JOINDRE IMPÉRATIVEMENT UNE COPIE DU CARNET DE SANTÉ

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

À titre indicatif, L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES*: ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES* Oui Non AUTRES :

* Si allergie alimentaire, un P.A.I. est obligatoire (voir le règlement intérieur)

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : Oui Non

(joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

3 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

DES LENTILLES : Oui Non

DES LUNETTES* : Oui Non

AUTRES :

**au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

DES PROTHÈSES AUDITIVES* : Oui Non

DES PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE* : Oui Non

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant :
_____, déclare exact les renseignements portés sur cette
fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence
seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Nom, prénom et téléphone du médecin traitant :

SIGNATURE DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

INFORMATIONS D'INSCRIPTIONS

ACCUEILS PÉRISCOLAIRES / MATIN & SOIR :

Accueil le matin avant l'école : Oui Non (Lundi Mardi Jeudi Vendredi Sur planning
Accueil le soir après l'école : Oui Non (Lundi Mardi Jeudi Vendredi Sur planning

MERCREDI : Oui Non À la journée À la demi-journée Sur planning

Site :
Airaines
Conty
Liomer
Molliens-Dreuil
Oisemont
Poix-de-Picardie
Quevauvillers

LA RESTAURATION SCOLAIRE :

Tous les jours Lundi Mardi Jeudi Vendredi Sur planning

DATE :

SIGNATURE DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX :