

**Dossier Famille**

Alsh Routot

Accueils périscolaires Routot et Rougemontier

**Ce dossier vous est transmis afin de créer ou d’actualiser les données liées à l’inscription de votre enfant au service Enfance : Périscolaire, mercredis et sessions de vacances.**

|  |
| --- |
| Nom de la Famille :………………………………………………… |

**Merci de joindre à ce dossier :**

**❑ Attestation d’assurance extrascolaire**

**❑ Le dernier Avis d’imposition sur les revenus du foyer**

**❑ Justificatif de domicile (uniquement en cas de 1ère inscription)**

**❑ Photocopie du livret de famille : parents et enfants (en cas de 1ere inscription ou naissance)**

**Ce dossier est à rendre :**

- **Par mail à alsh.routot@ccpavr.fr**

- **Ou à déposer directement auprès de l’équipe d’animation de l’accueil de loisirs/périscolaire de Routot ou de l’accueil de périscolaire de Rougemontier**

**Composition du Foyer** :

Adresse postale : .........................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse mail (permettant de recevoir les informations des accueils) : .........................................................................................................................................................

 

N°Allocataire : ………………………………………………………………Nombre d’enfants à charge :………………….

***Enfants du foyer fréquentant les accueils***



Signatures :

***Fiche Sanitaire***

Photo ( 1ere inscription)

***Enfant :***

NOM : …........................................................................ Prénom…………..….....................……….………………

Date de naissance : ……………… Sexe : ❑ F ❑ M

N° de sécurité sociale de l’enfant :……………………………………………………………………………………………………….

***Responsables de l’enfant* :**

1. Nom, prénom :………………………………………….…………………Tél :……………………………………………………

 Tel pro :…………………………………………….........

1. Nom, prénom :………………………………………….…………………Tél :……………………………………………………

 Tel pro :……………………………………………………

***Les Vaccins obligatoires :* Merci de fournir une copie du carnet de Vaccination à jour**

Pour les enfants nés avant le 1/01/2018 :

* DT Polio :

Pour les enfants nés après le 1/01/2018 :

* DTpolio
* Coqueluche
* Infections invasives à Haemophilus influenza de type b
* Hépatite B
* Infections invasives à pneumocoque
* Méningocoque de sérogroupe C
* ROR

**L’enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?** (Cochez les cases correspondantes)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rubéole | Varicelle | Scarlatine | Rougeole | Oreillons | Coqueluche | Otite | Angine | Rhumatismes Articulaire Aigu |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Allergies et régime alimentaire** |
| Dénomination | Procédure à réaliser |
|  |  |

**Maladie (avec ou sans traitement), interventions médicales lourdes antérieures**,

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

***Mise en place d’un PAI (Projet d’accueil Individualisé)* : □ Oui □ Non**

**Informations diverses utiles concernant votre enfant (port de lunettes…) :**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

|  |
| --- |
| **Personnes Autorisées à récupérer les enfants**  |
| Nom / Prénom | Lien pour l’enfant | Numéro de téléphone |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Rappel :** Il peut être demandé par l’équipe d’animation une pièce d’identité quand la personne n’est pas reconnue par les agents.

|  |
| --- |
|  ***Autorisations :***  |
| Désignation | Oui | Non |
| J’autorise l’équipe à soigner mon enfant ou le faire transporter à l’hôpital  | X |  |
| J’autorise mon enfant à participer aux sorties et activités extérieures dont je serais informé au préalable | X |  |
| J’autorise le transport en minibus ou bus de mon enfant dans le cadre des activités ou ramassage proposés par le Service Enfance Jeunesse  | X |  |
| J’autorise la prise de photos ou de vidéos de mon enfant durant les activités et leur affichage ou diffusion au sein de la collectivité  |  |  |
| J’autorise la publication des photos ou vidéos de mon enfant dans des publications locales extérieurs (presse, bulletins municipaux, …)  |  |  |
| J’autorise mon enfant à partir seul de l’accueil (Réponse valable uniquement si l’enfant a plus de 10 ans)  |  |  |

Signature du responsable :