



Fiche individuelle Enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Ecole : _____ Classe : _____

Assurance Compagnie d'assurance : _____

Numéro de police : _____

Régime sociale : Générale Agricole Fonction publique

Militaire Indépendant Autre : _____

N° CAF ou N° MSA : _____

Elèves scolarisés en école élémentaire

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Garderie du Matin					
Cantine					
Garderie du Soir					
Aide aux devoirs (à partir du CE1)					

Cocher les cases selon votre choix, la demande est faite pour un trimestre, dater les mercredis

Vacances : Hiver Printemps Juillet Automne

Elèves scolarisés en école maternelle

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Garderie du Matin					
Cantine					
Garderie du Soir					

Cocher les cases selon votre choix, la demande est faite pour un trimestre, dater les mercredis

Vacances : Hiver Printemps Juillet Automne

Fiche famille

Responsable 1 (facture au nom du responsable 1) :

Nom: _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° Téléphone : _____ Email : _____

Profession : _____ Situation familiale : _____

Responsable 2 :

Nom: _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° Téléphone : _____ Email : _____

Profession : _____ Situation familiale : _____

Données sanitaires

Nom du médecin traitant : _____

Allergies connues : _____

Si oui, un PAI est-il mit en place ? : Oui (joindre une copie) Non

Contre-indications particulières : _____

Sait nager : Oui Non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant (autre que les parents)

1^{ère} personne :

Nom: _____ Prénom : _____

N° Téléphone : _____

2^{ème} personne :

Nom: _____ Prénom : _____

N° Téléphone : _____

Autres renseignements (rayer la mention inutile)

- J'autorise ou je n'autorise pas mon enfant à quitter seul les services périscolaires du soir après l'étude soit à 17h45, après la garderie soit à 18h00, à la fin de l'accueil journalier du mercredi et/ou des vacances soit à 18h00.

- J'autorise mon enfant à se déplacer pour les sorties prévues par l'accueil de loisirs à pied, en car, en train.

- J'autorise mon enfant à être pris en photo et à paraître sur le Corse matin ou tout autre presses/réseaux dans le cadre de l'accueil de loisirs.

CORTE, Le _____

Ses autorisations sont valables sur tous les temps de fréquentation de l'accueil de loisirs.

Signatures :

Père

Mère

Représentant légal

DEMANDE DE DEROGATION CANTINE POUR LES PREMIERES ANNEES DE MATERNELLE

Motiver votre demande, joindre des justificatifs si vous le souhaitez

Mon (notre) enfant
âgé de doit être scolarisé en classe de
pour la rentrée scolaire 20__-20__.

Je (nous) sollicite (sollicitons), par la présente, votre autorisation afin d'obtenir une
dérogation pour l'inscription à la cantine scolaire.

Je (nous) travaille (travaillons) à

Dans l'espoir que vous puissiez tenir compte de ma (notre) demande, et dans
l'attente de votre retour, je vous prie (nous vous prions) d'agréer, Madame l'adjointe
aux affaires scolaires l'expression de mes (nos) sentiments les meilleurs.

Nom :

Signature :



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphétérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE
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"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/>

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

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

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC.... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
 ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____
 Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

- Livret de famille (pour les parents divorcés, joindre le jugement fixant l'autorité parentale) uniquement pour les premières demandes
- Preuve de domicile moins de 3 mois
- Assurance périscolaire et extrascolaire de l'année en cours
- 3 derniers bulletins de salaires des deux parents
- Dernier avis fiscal
- Carnet de santé (uniquement pour les premières demandes ou si nouvelles vaccinations)
- Pour les enfants domiciliés hors de la commune de Corte, joindre l'attestation de la commune de résidence de prise en charge ou de non prise en charge des frais de cantine et de scolarité
- Document d'Aide aux Temps Libres CAF (si QF CAF inférieur à 700)
- Fiche sanitaire jointe complétée par la famille

Les familles dont les enfants fréquentent déjà les services péri-extrascolaires, devront également déposer le dossier par mail à inscription.periscolaire@ville-corte.fr les formulaires d'inscriptions ainsi que tous les documents demandés ci-dessus afin de créer et mettre à jour les dossiers.

Toutes les pièces demandées sont obligatoires, les dossiers incomplets ne seront pas traités.

Merci de votre compréhension.