

Commune de Petit-Réderching

Restaurant Scolaire / Accueil Périscolaire

Année scolaire 2014/2015

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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 |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | 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 A T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | 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"/> | 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.

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE _____

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 à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature :

OBSERVATIONS :

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Numéros de téléphone

Au domicile Portable Au travail
 ___ / ___ / ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse e-mail obligatoire à indiquer pour la communication des menus

_____ @ _____

NOM : _____ Prénoms : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Numéros de téléphone

Au domicile Portable Au travail
 ___ / ___ / ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse e-mail obligatoire à indiquer pour la communication des menus

_____ @ _____

Les responsables légaux ci-dessus mentionnés demandent l'inscription de l'élève dont le nom figure en page 1 du présent document au service de restauration scolaire de Petit-Réderching et/ ou au service d'accueil périscolaire. L'élève et les parents approuvent et s'engagent à respecter dans son intégralité le règlement intérieur de chacun des services qui leur a été transmis.

Fait à _____, le ___ / ___ / ___

Signatures des responsables légaux obligatoires

Les informations recueillies dans le cadre de la présente inscription sont uniquement destinées à la commune de Petit-Réderching pour la gestion des services de restauration scolaire et d'accueil périscolaire.

Elles **sont strictement confidentielles et non communicables.**

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant (art. 34 de la loi du 6 janvier 1978 relative à « Informatique et Libertés »).

Pour l'exercer, adressez-vous à la mairie de Petit-Réderching par écrit.

URGENCE MEDICALE

Je soussigné(e) _____

Père - mère de l'élève _____

autorise le personnel du restaurant scolaire et de l'accueil périscolaire de Petit-Réderching à prendre toute mesure d'intervention et de transport en cas d'urgence pour l'enfant.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature obligatoire**DROIT A L'IMAGE ET AU SON**

Je soussigné(e) _____

Père - mère de l'élève _____

 Autorise N'autorise pas

que l'enfant ci-dessus mentionné soit photographié, filmé ou que sa voix fasse l'objet d'un enregistrement audio, dans le cadre des activités proposées par les services de restauration scolaire et d'accueil périscolaire de Petit-Réderching.

La commune de Petit-Réderching s'engage à n'utiliser les documents sonores ou visuels que pour la promotion des services, la réalisation de documents relatant l'activité des services (y compris dans la presse locale) et pour l'archivage.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature obligatoire



COMMUNE DE PETIT-REDERCHING

3 rue de la Mairie - 57410 Petit-Réderching

Tél. : 03.87.09.80.78 - Fax : 03.87.09.79.25

Courriel : mairie.petitrededching@wanadoo.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION AUX SERVICES DE RESTAURATION SCOLAIRE ET D'ACCUEIL PERISCOLAIRE année scolaire 2014/2015

LE

NOM : _____ Prénoms : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de Naissance : _____

Sexe : Fille Garçon

Nationalité : Française Union Européenne Autre

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Ecole en 2014/15: maternelle élémentaire

Classe en 2014/15 : _____

L'enfant est-il sujet à une allergie alimentaire connue : oui non

Si oui, laquelle : _____

Régime alimentaire sans porc : oui non

URGENCE

Personne à Prévenir durant la pause méridienne en cas d'urgence

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Numéro de Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

PIECES A FOURNIR

Le dossier complet est composé de :

- Dossier d'inscription complété et signé
- Attestation d'assurance et de responsabilité civile (à déposer au plus tard le 30/09/2015)
- Grille de réservation des activités périscolaires