



DE LIAISON –FICHE SANITAIRE

INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRE DE LA SAUVE

Mairie de La Sauve Service périscolaire – 19 rue St Jean– 33670 La Sauve 05.57.97.02.20 Site web : www.mairiedelasauve.fr Mail : accueil@mairie-lasauve.fr

ANNÉE SCOLAIRE 2025- 2026

RESPONSABLES

	Père	Mère	Autre (préciser) :
Nom			
Prénom			
Tel dom			
Tel port			
Adresse			
Profession			
Tel pro			
Mail			

SITUATION FAMILIALE

Résidence principale de l'enfant :

Domicile des parents Domicile de la mère : Domicile du père :

Autorité parentale conjointe : oui non

Si non, joindre photocopie du jugement

Régimes spéciaux (EDF/GDF, MSA, SNCF...) :

Autorise le service périscolaire de La Sauve à photographier mon enfant

et à utiliser ces images dans le cadre exclusif des activités de la structure. oui non

(Aucune image ne sera diffusée sur Internet)

Autorise les déplacements de mon enfant sur les structures de la collectivité

dans le cadre d'activités périscolaires (balade, bibliothèque municipale, salle du Coq Hardi...) : oui non

INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES

Restauration scolaire : oui non

Régime alimentaire particulier :

Accueil périscolaire matin et/ou soir :

*Je souhaite que mon enfant fréquente régulièrement l'accueil périscolaire (garderie) les jours suivants :

	Lundi	Mardi	Jeudi	vendredi
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Je souhaite que mon enfant fréquente occasionnellement l'accueil périscolaire oui non

AUTORISATIONS

Je soussigné(e),, représentant(e) légal(e) de l'enfant

Autorise mon enfant à quitter seul la structure

oui

non

Si oui, remettre **OBLIGATOIREMENT** au service périscolaire une décharge de responsabilité datée et signée, détaillant les jours et les heures de sorties autorisées.

Autres personnes autorisées à récupérer le ou les enfants en l'absence des parents : une pièce d'identité pourra être demandée.

Nom				
Prénom				
Lien de parenté				
Tel				

Les frères et sœurs doivent être âgés d'au moins 12 ans pour récupérer l'enfant, à condition de remettre **OBLIGATOIREMENT** au service périscolaire une décharge de responsabilité datée et signée.

ENFANT

NOM Prénom : _____ / Date de naissance : .../.../.../ F G

Classe fréquentée : _____ /

n° Sécurité Sociale de la personne qui couvre l'enfant : _____ /

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires : DTPolio à jour

date du dernier rappel :

Vaccins recommandés : ROR à jour

date du dernier rappel :

Coqueluche : date

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

angine

oreillons

scarlatine

varicelle

coqueluche

rougeole

rubéole

otite rhumatisme
articulaire

asthme

Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives ...)

Autres difficultés de santé et précautions – RÉGIME ALIMENTAIRE

Mon enfant est allergique à (préciser) :

Un projet d'accueil individualisé (PAI) est-il mis en place pour votre enfant ? Oui Non

Nom du médecin traitant : _____ / n° de téléphone : _____ /

MÉDICAMENTS

Aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant sauf sur présentation de l'ordonnance d'un médecin. Dans ce cas les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la noticed'utilisation et l'ordonnance du médecin, le nom et prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage.

Autres personnes que les parents à prévenir en cas d'urgence :

	Nom , Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. fixe	Tél. port .
1				
2				
3				

ATTESTATION

Je soussigné(e), responsable de l'enfant , certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier d'inscription.

Je m'engage à signaler tout changement de situation, de n° de téléphone, d'autorisation..., au service périscolaire, soit par mail : periscolasauve@orange.fr, soit par téléphone : 05.57.97.02.20, soit par courrier adressé à la mairie.

Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs de la structure et m'engage à les respecter.

Fait à : ,

le

Signature du (des) représentant(s)

PIECES A FOURNIR

Attestation de quotient familial CAF ou MSA ou la photocopie du dernier avis d'imposition du foyer fiscal

Attestation d'assurance extra-scolaire : 2024-2025

Photocopie des vaccinations obligatoires (DTP) à joindre à la fiche sanitaire

Tout dossier non complet ne sera pas pris en compte