



FICHE D'INSCRIPTION
ANNEE SCOLAIRE 2024/2025
ENFANT

Nom et prénom :
Né le : À
Entrant en classe de :

	PÈRE	MERE	TUTEUR Famille d'Accueil
NOM :			
Prénom :			
Profession :			
Adresse :			
Tél. Domicile			
Tél . Portable			
Tél. Travail :			
Adresse mail :			
N° Allocataire			

Pièces produites	Copie du livret de famille
	Copie du Carnet de Santé (pages des vaccins uniquement)
	Certificat de radiation (si l'enfant vient d'une autre école)
	Dérogation

Dossier transmis à :

Ecole Maternelle : Directrice : Mme PENET, Le

Ecole Élémentaire : Directeur : Mr CONRAUD, Le



MAIRIE DE CHATEL-sur-MOSELLE – 88330

Objet : AUTORISATION DE DROIT D'IMAGE / MINEUR

Je soussigné(e),

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

.....

Domicilié(e) à :

Tél :

autorise mon enfantClasse :

à être photographié(e) et/ou filmé(e) lors d'un reportage photos et/ou
vidéo effectué pour l'accueil Périscolaire de CHATEL-sur-MOSELLE :

Fait à : le :

Signature,



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES

☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

☐ oui ☐ non

Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :