

**FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE/CANTINE MELICOCQ 2026-2027**

**Identité Enfant**

<b>NOM :</b>
<b>PRENOM :</b>
<b>SEXE :</b>
<b>DATE DE NAISSANCE :</b>
<b>A :</b>
<b>CLASSE A LA RENTREE :</b>
<b>REGIME ALIMENTAIRE : SANS PORC OU SANS VIANDE</b>

**RESPONSABLE LEGALE 1 (PERE / MERE / AUTRE ...**

<b>QUALITE : Père / Mère / autre (précisez)...</b>
<b>NOM :</b>
<b>PRENOM :</b>
<b>NOM DE NAISSANCE :</b>
<b>PROFESSION :</b>
<b>SITUATION FAMILIALE :</b>
<b>ADRESSE POSTALE :</b>
<b>EMAIL :</b>
<b>TEL FIXE :</b>
<b>TEL PORTABLE :</b>
<b>TEL PROFESSIONNEL :</b>
<b>NUMERO FISCAL :</b>
<b>N° ALLOCATAIRE CAF :</b>
<b>REGIME D'APPARTENANCE : Général / MSA / Autres</b>

**RESPONSABLE LEGALE 2 (PERE / MERE / AUTRE ...**

<b>QUALITE : Père / Mère / autre (précisez)...</b>
<b>NOM :</b>
<b>PRENOM :</b>
<b>NOM DE NAISSANCE :</b>
<b>PROFESSION :</b>
<b>SITUATION FAMILIALE :</b>
<b>ADRESSE POSTALE :</b>
<b>EMAIL :</b>
<b>TEL FIXE :</b>
<b>TEL PORTABLE :</b>
<b>TEL PROFESSIONNEL :</b>
<b>NUMERO FISCAL :</b>
<b>N° ALLOCATAIRE CAF :</b>
<b>REGIME D'APPARTENANCE : Général / MSA / Autres</b>

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES SUR L'ENFANT**

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :**

**ASSUREUR :** ..... **N° :** .....

**VOTRE ENFANT PEUT REPARTIR SEUL DE L'ACCUEIL :** OUI OU NON

(Une autorisation écrite sera demandée avec l'heure de départ de l'enfant)

**PRISE DE PHOTO :** OUI OU NON

Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées.

**PUBLICATION BULLETIN MUNICIPAL :** OUI OU NON

**AFFICHAGE DANS L'ACCUEIL :** OUI OU NON

**HOSPITALISATION :** OUI OU NON

Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

**APPLICATION CREME SOLAIRE A MON ENFANT (si nécessaire) :** OUI OU NON

**MAQUILLER MON ENFANT AUX ACTIVITES :** OUI OU NON

**VOTRE ENFANT PORTE T'IL DES LUNETTES :** OUI OU NON

OCCASIONNEL OU PERMANENT

**VOTRE ENFANT PORTE T'IL UN APPAREIL DENTAIRE :** OUI OU NON

**VOTRE ENFANT PORTE T'IL UN APPAREIL AUDITIF :** OUI OU NON

**VOTRE ENFANT A-T-IL UNE NOTIFICATION AUPRES DE LA MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) :** OUI OU NON

**MEDECIN TRAITANT : NOM** ..... **N° de Tél :** .....

**ALLERGIES MEDICAMENTEUSES :** OUI OU NON .....

**ALLERGIES ALIMENTAIRES :** OUI OU NON .....

**ASTHME :** OUI OU NON .....

**AUTRES ALLERGIES :** OUI OU NON .....

**PAI :** OUI OU NON (Le PAI doit être fourni dès la rentrée avec le protocole)

**VOTRE A-T-IL DEJA EU DES MALADIES (Varicelle, scarlatine...) :** OUI OU NON

**Précisez :** .....

**VOTRE ENFANT A-T'IL DES DIFFICULTES DE SANTE AUTRES (hospitalisation, accident, crises ...) :**  
OUI OU NON

**Précisez :** .....

**VOTRE ENFANT EST T'IL VACCINE :** OUI OU NON


Si oui, veuillez joindre la photocopie des vaccinations.

Si non, veuillez joindre un certificat médical de contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS
DTP et Coqueluche			
Hib			
Hépatite B			
Pneumocoque			
ROR			
Méningocoques ACWY			
Méningocoque B			

## PERSONNES A CONTACTER

Je soussigné(e), .....  
Responsable de l'enfant .....  
Autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant à la sortie de l'accueil périscolaire (autres que les représentants légaux) ou en cas de problèmes dans la journée (maladie, incident...) :

NOM ET PRENOM	LIEN DE PARENTE		APPEL EN CAS D'URGENCE	AUTORISE A RECUPERER
1-			Oui ou Non	Oui ou Non
2-			Oui ou Non	Oui ou Non
3-			Oui ou Non	Oui ou Non
4-			Oui ou Non	Oui ou Non
5-			Oui ou Non	Oui ou Non
6-			Oui ou Non	Oui ou Non

Nous soussignons : .....

Responsables légaux de l'enfant : .....

- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- Attestons sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.
- Autorisant le responsable de la structure, en cas d'incident à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance à la mairie ou au tiers.

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement destiné à l'utilisation de l'image d'un mineur ». Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la mairie. Vous pouvez également pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

**Fait à :**

**Date :**

**Signatures des responsables légaux :**