Cadre réservé à l'administration
Traité par :

Photo d'identité

Année _____

FICHE ENFANT

UNE FICHE D'INSCRIPTION PAR ENFANT

☐ **Première inscription scolaire sur Sarzeau**

NOM : …….. **Prénom :** ……..…..

Date de naissance : ……..… **Sexe :** ☐ F ☐ M

Lieu de naissance : ……. **Département/Pays :** …….

Etablissement fréquenté :

☐ École Marie Le Franc
☐ École Les Korrigans
☐ École Sainte-Anne
☐ Collège de Rhuys
☐ Collège Sainte-Marie
☐ Autre, préciser : …….

Niveau et classe fréquentée à compléter (à la rentrée de septembre) :

☐ Maternelle
☐ Primaire Classe : ……
☐ Collège
☐ Lycée

REPRÉSENTANTS LÉGAUX DE L'ENFANT

❶ **NOM :** ……..…….....
Prénom : ……..…….
Adresse : ……...……
……..
……...
Téléphone : ……...
Portable : ……...
Mail :……
Profession : ……..
Nom de l'employeur :……..
Tel professionnel : ……..
Autorité parentale : ☐
Observations: …….....
……

❷ **NOM :** …..…….....
Prénom : …..……
Adresse : ……..
……..
……..
Téléphone : ……..
Portable : ……..
Mail : ……..
Profession : ……
Nom de l'employeur :……
Tel professionnel : ……
Autorité parentale : ☐
Observations: ………...
……

Situation actuelle des représentants légaux : ☐ Vie maritale ☐ Pacsé ☐ Marié ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT – autres que représentants légaux

NOM – Prénom Lien avec l'enfant		**Téléphone**	
NOM – Prénom Lien avec l'enfant		**Téléphone**	
NOM – Prénom Lien avec l'enfant		**Téléphone**	
NOM – Prénom Lien avec l'enfant		**Téléphone**	

VIE PÉRISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE	
Garderie	**Inscriptions :** Portail Familles
Restauration Régime alimentaire : ☐Standard ☐PAI	**Contact :** - Service Affaires Scolaires : 02 97 41 70 98 affairesscolaires@sarzeau.fr - Service Enfance Jeunesse : 02 97 48 05 05 enfance.jeunesse@sarzeau.fr
Accueil Loisirs Sans Hébergement (3-10 ans)	
Espace Jeunes (CM2-17 ans)	
Ecole Municipale des Sports (4-11 ans)	**Informations** www.sarzeau.fr

En cas d'accident, l'assurance souscrite par la ville de Sarzeau couvre uniquement les frais médicaux restant à votre charge après remboursement de la Sécurité Sociale et de votre mutuelle.

AUTORISATIONS OBLIGATOIRES

Je soussigné(e)……et …….....
représentant(s) légal(aux) de …….…… :

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités.
- Autorise l'équipe d'encadrement à faire soigner mon enfant, à le faire hospitaliser s'il y a lieu et à faire pratiquer les interventions d'extrême urgence préconisées par le médecin.
- Autorise mon enfant à utiliser le car ou le minibus comme moyen de transport pour le trajet et pour le déplacement en activités.

Fait à : ……, le ……..

Signature
Représentant légal 1

Signature
Représentant légal 2

Pièces à fournir

☐ Photocopie du carnet de vaccinations
☐ Attestation d'assurance responsabilité civile individuelle
☐ Test de natation en cas de pratique d'activité nautique
☐ L'autorisation du droit à l'image
☐ Certificat de radiation *(si l'enfant était scolarisé)*

Ce dossier d'inscription complété avec les pièces justificatives doit être retourné en Mairie

dans les meilleurs délais.

Contact : Accueil Mairie Tel. 02 97 41 85 15
Mail. contactfamille@sarzeau.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM……

PRENOM……

DATE DE NAISSANCE……

Garçon ☐ Fille ☐

Ecole : ……

Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) OUI ☐ NON ☐
(si oui joindre la copie du P.A.I)

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. Les photocopies ne seront pas acceptées).

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

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - L'ENFANT A-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME OUI ☐ NON ☐ MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐ AUTRES……..

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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 LUNETTES, DES LENTILLES, UN APPAREIL DENTAIRE, ETC. ? PRECISEZ :

……
……
……
……

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : ……PRENOM : …….....
ADRESSE : …….....
……
……
TEL :
DOMICILE……TRAVAIL…….
NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) : ……
……

Je soussigné(e), ……..responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : Signature :