



**Dossier d'inscription
périscolaire 2024 - 2025**
SIVOS SEUDRE SAINTONGE
À remplir obligatoirement par TOUS les enfants
scolarisés sur le RPI.

- Attestation d'assurance 2024-2025
- Attestation Quotient familial.
- Photocopie des vaccins.
- PAI

1. Votre enfant :

NOM : Prénom :

Né(e) le : Sexe : Fille Garçon

Établissement scolaire pour l'année 2024-2025 :

Classe :

L'enfant détenteur d'un PAI : OUI NON

(Si oui, document à joindre obligatoirement au dossier avec trousse d'urgence valide)

2. Responsables légaux :

Responsable 1 : Facturation envoyée par mail	Responsable légal 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Parenté :	Parenté :
Adresse :	Adresse :
Tél Portable :	Tél Portable :
E.Mail (obligatoire) :	E.Mail (obligatoire) :
Profession :	Profession :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
Quotient Familial :	
N°Allocataire CAF ou MSA :	

Nom de la compagnie d'assurance couvrant l'enfant :

Numéro de la responsabilité civile :

(Joindre la photocopie d'attestation d'assurance responsabilité civile + extrascolaire)

3. AUTORISATIONS PARENTALES ET ENGAGEMENTS :

Je soussigné(e) :

Responsable légal de l'enfant :

- **Autorise** les personnes nommées ci-dessous à venir chercher mon enfant.

NOM	PRÉNOM	NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTE AVEC L'ENFANT

- **Autorise** mon enfant à participer aux sorties organisées par le SIVOS Seudre Saintonge les mercredis **et donc** à être transporté en mini-bus, en bus ou se déplacer à pied : OUI NON
- **Autorise** mon enfant à être photographié lors des activités et/ou sorties proposées : OUI NON
- **Autorise** la diffusion et l'utilisation par le SIVOS des images prises lors des activités et/ou sorties sur le site Facebook, dans les journaux locaux, pour exposer dans les locaux de l'accueil : OUI NON
- **M'engage** à fournir le PAI et la trousse d'urgence valide si mon enfant a un problème de santé qui doit être pris en charge : OUI NON
- **M'engage** à respecter les règles de fonctionnement du SIVOS Seudre Saintonge consignées dans le règlement intérieur. OUI NON
- **Atteste** avoir lu et pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter : OUI NON

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans notre fichier de pointage / facturation par la direction et les services financiers.

Les données collectées seront utilisables uniquement par le service périscolaire (direction, responsable facturation et les membres de l'équipe périscolaire).

Les données sont conservées durant la scolarité de l'enfant au sein du RPI. Vous pouvez accéder aux données vous concernant et les rectifier.

Lu et approuvé :

Signature :

Le :

A :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON **FILLE**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT LA SANTE DE VOTRE ENFANT

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? oui non

Si oui joindre une copie

L'enfant suit-il un traitement médical dans le cadre d'un PAI ? oui non

Si oui joindre une copie ainsi que la trousse d'urgence et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec notice et **dates valides**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans PAI.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....
.....
.....
.....
.....

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...PRECISEZ.

.....
.....
.....
.....

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE.....

.....

TEL PORTABLE.....TEL PROFESSIONNEL.....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT.....

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

Date :

Signature :