



Mairie de Buzet sur Tarn

31660 BUZET-sur-TARN

Téléphone: 05.34.26.50.80 - Télécopie: 05.34.26.50.81

Courriel : accueil@buzet-sur-tarn.fr

Dossier Individuel

pour l'inscription à

l'ALSH

Année scolaire

2018 – 2019

SCOLARITE

Ecole fréquentée lors de l'année scolaire : _____ Classe: _____

ELEVE

NOM de l'enfant : _____ Prénoms : _____ Sexe: M F

Né(e) le : _____ Lieu : _____

Département: _____ Pays : _____

Nationalité : _____ Année d'arrivée en France (facultatif): _____

Adresse : _____

Code Postal: _____ Commune: _____

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité Civile : Oui Non Compagnie: _____ N° Police _____

Individuelle Accident¹ : Oui Non Compagnie: _____ N° Police _____

¹ L'assurance « individuelle accident » est obligatoire pour les activités périscolaires et extra-scolaires. (Joindre une attestation)

RESPONSABLES LEGAUX²

Mère :

Nom de jeune fille : _____

NOM marital : _____

Profession : _____

Adresse (si différente de celle de l'élève) : _____

Code Postal : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

Courriel : _____

Autorité parentale³ : Oui Non

Prénom : _____

Situation maritale⁴ : _____

Commune : _____

Téléphone portable : _____

Numéro de poste : _____

Père :

NOM marital : _____

Profession : _____

Adresse (si différente de celle de l'élève) : _____

Code Postal : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

Courriel : _____

Autorité parentale : Oui Non

Prénom : _____

Situation maritale : _____

Commune : _____

Téléphone portable : _____

Numéro de poste : _____

Autre responsable légal :

Organisme: _____

Fonction: _____

Adresse (si différente de celle de l'élève) : _____

Code Postal : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

Courriel : _____

Autorité parentale : Oui Non

Personne Référente: _____

Lien avec l'enfant: _____

Commune : _____

Téléphone portable : _____

Numéro de poste : _____

SECURITE SOCIALE - ALLOCATIONS FAMILIALES

N° Sécurité Sociale (ayant droit): _____ Centre : _____

N° Allocataire CAF: _____ Centre: _____

² Responsable légaux : Il est important de renseigner le document concernant les 2 responsables légaux pour :

- la transmission des résultats scolaires (circulaire n° 94-149 du 13 avril 1994)

- les élections des parents d'élèves chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n° 2004-104 du 25 juin 2004)

³ En cas de divorce ou séparation de corps joindre une copie du jugement

⁴ Célibataire – Marié(e) – Séparé (é) – Pacsé(e) – Concubin (e).

⁵ Les enfants de l'école maternelle ne peuvent sortir de l'école ou des activités péri ou extra-scolaire, qu'accompagnés des personnes nommément désignées par les responsables légaux.

INFORMATIONS SANITAIRES

Médecin traitant

NOM du Médecin : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Vaccinations

Je certifie sur l'honneur que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires.

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (nb. Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication).

Maladies Infantiles et Chroniques :

Rubéole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Otite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oreillons	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier : Oui Non si oui, préciser : _____

Allergies :

Asthme : Oui Non

Médicamenteuses : Oui Non si oui, préciser : _____

Alimentaires : Oui Non si oui, préciser : _____

Autres, préciser : _____

Préciser la cause de l'Allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler): _____

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Votre enfant suit-il un traitement médical sur le temps d'accueil (scolaire, péri et extra-scolaire) : Oui Non

Si oui, lequel : _____

Attention, le directeur et le responsable du service péri ou extrascolaire ne sont pas habilités à administrer des médicaments aux enfants. Ne seront pris en compte que les cas signalés dans un "Projet d'Accueil Individualisé" (PAI) et sur production d'une ordonnance et accord écrit des parents (Médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

Indiquer ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre: _____

Votre enfant porte-t-il :

- des lentilles, des lunettes : Oui Non
- des prothèses dentaires : Oui Non
- des prothèses auditives : Oui Non

Préciser si ce port se limite à la classe ou est permanent (récréations, activités péri ou extrascolaires) : _____

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE EN DEHORS DES RESPONSABLES LEGAUX

NOM et PRENOM : _____ A appeler en cas d'urgence : Oui Non
Lien avec l'enfant: _____ Autorisé à prendre l'enfant : Oui Non
Téléphone personnel : _____

NOM et PRENOM : _____ A appeler en cas d'urgence : Oui Non
Lien avec l'enfant: _____ Autorisé à prendre l'enfant : Oui Non
Téléphone personnel : _____

NOM et PRENOM : _____ A appeler en cas d'urgence : Oui Non
Lien avec l'enfant: _____ Autorisé à prendre l'enfant : Oui Non
Téléphone personnel : _____

Personne NON autorisée à récupérer l'enfant :

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à pratiquer du sport Oui Non
J'autorise les Directeurs et les responsables des activités péri et extra scolaires à photographier mon enfant (usage non commercial) Oui Non
J'autorise la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves : Oui Non
J'autorise le Directeur d'école ou le responsable du service péri ou extrascolaire à prendre, le cas échéant et en cas d'urgence absolue, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation).
J'autorise mon enfant à participer aux sorties scolaires, périscolaires et extra-scolaires : Oui Non

J'atteste avoir pris connaissance des règlements des services de la restauration scolaire et des activités périscolaires et en accepte les termes.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage, en outre, à signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date :

Le Père ou le tuteur,

La mère,

Les données personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique qui a été déclaré conformément la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978. Elles sont utilisées exclusivement par la Commune de Buzet-sur-Tarn pour assurer le suivi de votre demande d'inscription. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification et de retrait des données qui vous concernent en adressant votre demande à « Monsieur le Maire de la commune de Buzet-sur-Tarn ».