



Communauté de  
communes du **BAS-ARMAGNAC**

# FICHE INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE 2021/2022

## ENFANT

Nom :

\_\_\_\_\_

Prénom :

\_\_\_\_\_

École :

\_\_\_\_\_

Classe :

\_\_\_\_\_

Date de naissance :

\_\_\_\_\_

Fille

Garçon

## RESPONSABLES LÉGAUX

### Responsable 1

Nom Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Responsable 2

Nom Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Situation familiale :

Célibataire

Marié(e)

Pacsé(e)

Veuf(ve)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Si enfant en famille d'accueil, coordonnées de la famille d'accueil :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Coordonnées téléphoniques et mails

Responsable 1

Maison : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Responsable 2

Maison : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

### Informations complémentaires

Nom de l'Allocataire CAF ou MSA : \_\_\_\_\_

Numéro Allocataire CAF ou MSA : \_\_\_\_\_

**Si allocataire MSA, merci de fournir la copie du dernier avis d'imposition. Ces informations nous permettent de calculer votre tarif. A défaut, le tarif le plus élevé vous sera appliqué.**

**Si vous ne fournissez pas votre n° allocataire CAF, nous ne pouvons calculer votre tarif et donc, à défaut, le tarif le plus élevé vous sera appliqué.**

Compagnie d'assurance :

Nom de la compagnie : \_\_\_\_\_

N° de la police : \_\_\_\_\_

Facturation :

Nom des personnes redevables et adresse (si différent des parents) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## INFORMATIONS SANITAIRES DEL'ENFANT

Nom du médecin traitant :

N° de téléphone :

### VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou nous joindre les photocopies du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical**? Oui  Non

L'enfant a-t-il un **PAI** ? Oui  Non

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente, le **PAI** 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 pris sans ordonnance.

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

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

**ALLERGIES : ASTHME** oui  non  **MÉDICAMENTEUSES** oui  non

**ALIMENTAIRES** oui  non  **AUTRES** .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation, ...) en précisant les précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ... précisez :

FICHE INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE  
2021/2022

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant et à être  
contacté en mon absence :

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_

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

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_,  
autorise la personne en charge de la facturation à accéder au site CDAP (allocataire  
CAF uniquement) afin de calculer le tarif à appliquer.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_,  
autorise le personnel de l'accueil à sortir mon enfant hors des locaux de l'école (salle  
des fêtes, salle de sports) dans le cadre d'activités, notamment lors des mercredis  
matins.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_,  
autorise le personnel de l'accueil à prendre en photo ou vidéo mon enfant dans le  
cadre d'activités périscolaires et autorise la diffusion sur des supports de  
communication de la Communauté de Communes.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_,  
responsable légal de l'enfant, déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur  
et du projet pédagogique de l'accueil périscolaire.  
*(règlement et projet à demander à la responsable de l'accueil)*

Date :

Signatures des responsables de l'enfant:

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et  
de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant au service Enfance-Jeunesse de la CCBA.  
Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL.



Pour toutes informations complémentaires,  
vous pouvez contacter la Communauté de Communes du Bas-Armagnac :  
77, rue Nationale BP 45  
32110 NOGARO  
05.62.69.15.37.  
[www.cc-basarmagnac.fr](http://www.cc-basarmagnac.fr)