



Communauté de communes du **BAS-ARMAGNAC**

FICHE INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE 2022/2023

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 à appliquer en fonction de votre Quotient Familial.

Si vous ne fournissez pas votre n° allocataire CAF ou MSA, 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 DE L'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
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 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"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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
2022/2023

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant et à être contactées 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 de loisirs 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, sortie) dans le cadre d'activités, notamment lors des
mercredis.

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 :
2 route du Nogaropôle
32110 CAUPENNE D'ARMAGNAC
05.62.69.15.37.
www.cc-basarmagnac.fr