

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PAUSE MERIDIENNE AVEC REPAS ^{ET/OU} PERISCOLAIRE ^{ET/OU} EXTRASCOLAIRE ANNEE SCOLAIRE 2026/2027

NOM.....Prénom.....

Sexe M : F :

Date de naissance.....Niveau* : PS/MS/GS/CP/CE1/CE2/CM1/CM2

Numéro d'Allocataire de la CAF :Quotient familial :

COORDONNEES DES PARENTS :

Le père, la mère ou le tuteur* :

Nom prénom

Adresse.....

E mail.....

Tel domicile.....

Tel portable.....

Tel Travail.....

Profession.....

Responsable légal oui non

Le père, la mère ou le tuteur* :

Nom prénom

Adresse.....

E mail.....

Tel domicile.....

Tel portable.....

Tel Travail.....

Profession.....

Responsable légal oui non

*Entourer la mention utile

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (en dehors des parents)

Nom – Prénom	Téléphone	Lien de parenté

PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT (en dehors des parents)

Nom – Prénom	Téléphone	Lien de parenté

Nom et adresse du médecin traitant : TEL :

...

Allergie : oui non

Traitement : oui non

PAI (projet d'accueil individuel)

Si oui laquelle :

Si oui lequel :

oui non

L'accueil de votre enfant nécessite-il des besoins particuliers : oui non

Si oui lesquels :

Notification MDPH : oui non

ATTESTATION D'ACCEPTATION DU REGLEMENT

Je, soussigné(e),, reconnais avoir pris connaissance :

- Des tarifs fixés par délibération du conseil municipal,
- Des règlements communaux et des modalités d'organisation.
- Du règlement intérieur des transports scolaires.

Je m'engage à en respecter toutes les dispositions, notamment les modalités d'inscription, de désinscription, les horaires et les tarifs en vigueur.

Fait au Bourg d'Oisans, le

Signature des parents

Je soussigné(e),autorise la consultation de mon compte CAF par le service enfance. (Quotient familial)

Fait au Bourg d'Oisans, le

Signature des parents

DOCUMENTS A FOURNIR POUR VALIDATION

- Fiche de renseignements et d'inscription signée.*
- Fiche sanitaire.*
- La photocopie des vaccinations obligatoires (Si différentes de l'année précédente).*
- La photocopie du dernier quotient familial.*
- L'attestation d'assurance scolaire et extrascolaire de l'année en cours*
- Un RIB (pour prélèvement si différent de l'année précédente)*

AUCUNE PHOTOCOPIE NE SERA FAITE EN MAIRIE

Indiquer clairement **au stylo rouge toutes les modifications** concernant votre adresse postale, adresse mail ou téléphone.

Les factures seront disponibles sur votre espace citoyen, elles ne vous seront plus envoyées par voie postale.

**Document à remettre en mairie du Bourg
d'Oisans au plus tard le 10 août 2026**

**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT**

NOM :	PRENOM :	Date de naissance / âge
--------------	-----------------	--------------------------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre **une ordonnance** récente 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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales**

(Informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL :** **TEL PORTABLE**

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

..... **N° SECURITE SOCIALE** (dont dépend l'enfant) :
..... **(OBLIGATOIRE)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL :