



**SAINT MAGNE**  
Mairie de Saint-  
Magne  
12, route de Bordeaux

Tél. : 05.56.88.51.09

Fax : 05.56.88.54.03

Email : [mairie.saint.magne@wanadoo.fr](mailto:mairie.saint.magne@wanadoo.fr)

<http://www.saint-magne.fr>

**Dossier commun -  
Accueil Périscolaire,  
Accueil de Loisirs vacances et  
Mercredis**

**2018-2019**

Ce document est valable du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 31 août 2019.

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... sexe :  M  F.

**Classe :**  P.S  M.S  G.S  C.P  C.E.1  C.E.2  C.M.1  C.M.2

**DOMICILE :**  Père et Mère  Père  
 Mère  Résidence Alternée  
 Autre, merci de préciser.....  
.....

**Votre enfant sera inscrit :**

A l'accueil Périscolaire	OUI	NON
A l'Accueil de Loisirs (ALSH) pendant les vacances	OUI	NON
A l'Accueil de Loisirs (ALSH) les mercredis	OUI	NON
Au Restaurant Scolaire	OUI	NON

## ACCUEIL PERISCOLAIRE – ALSH

**Merci de cocher la case de votre choix**

---

Autorise  N'autorise pas

Mon enfant à participer aux activités extérieures accompagnées

---

Autorise  N'autorise pas

Mon enfant à partir seul, non accompagné, de la structure

---

Autorise  N'autorise pas

L'équipe d'animation à accompagner mon fils/ma fille au cours de gym le mercredi en période scolaire à la salle du dojo à 16h00 ou à 17h suivant son cours.

*En aucun cas, mon enfant ne sera récupéré par l'équipe d'animation. Je décharge, dès l'arrivée au dojo, l'Accueil de Loisirs de toute responsabilité.*

---

Autorise  N'autorise pas

Mr GOURG Didier, professeur Judo, et/ou son épouse Mme GOURG, trésorière de l'association Judo Club, à récupérer mon fils/ma fille pour le cours de Judo du mardi et/ou du vendredi.

*En aucun cas mon enfant ne sera récupéré par l'équipe d'animation. Je décharge donc, dès l'arrivée au dojo, l'Accueil Périscolaire de toute responsabilité.*

---

Autorise  N'autorise pas

Mon enfant à se déplacer en bus ou en mini bus

---

Autorise  N'autorise pas

L'équipe d'animation à filmer et à photographier mon enfant dans le cadre des activités

---

Autorise  N'autorise pas

Le responsable de l'accueil à prendre toutes les mesures nécessaires (hospitalisation, intervention chirurgicale) en cas d'accident

---

SIGNATURE

PERE

MERE

REPRESENTANT LEGAL

## RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

### **PERE**

NOM..... Prénom.....

Adresse :.....  
.....

☎ Fixe.....

☎ Portable.....

☎ Professionnel.....

@Adresse mail.....

PROFESSION.....

N° ALLOCATAIRE CAF.....

Ou autres régimes (exemple : MSA).....

### **MERE**

NOM..... Prénom.....

Adresse :.....  
.....

☎ Fixe.....

☎ Portable.....

☎ Professionnel.....

@Adresse mail.....

PROFESSION.....

N° ALLOCATAIRE CAF.....

Ou autres régimes (exemple : MSA).....

**RESPONSABLE LEGAL (si différent du père et mère)**

NOM..... Prénom.....

Qualité :.....

Adresse :.....  
.....

☎ Fixe.....

☎ Portable.....

☎ Professionnel.....

@Adresse mail.....

PROFESSION.....

N° ALLOCATAIRE CAF.....

Ou autres régimes (exemple : MSA).....

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT**

Je soussigné(e)

NOM..... Prénom.....

Représentant légal, de l'enfant

NOM..... Prénom.....

- Autorise aucune autre personne à venir chercher mon enfant
- Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant en cas d'indisponibilité de ma part :

**ATTENTION LA PERSONNE DOIT ETRE MUNIE OBLIGATOIREMENT D'UNE PIECE D'IDENTITE**

1) NOM..... Prénom.....

Qualité – Lien de parenté avec l'enfant :.....

Adresse :.....

☎ Fixe.....

☎ Portable.....

☎ Professionnel.....

2) **NOM**..... **Prénom**.....

Qualité – Lien de parenté avec l’enfant :.....

Adresse :.....

☎ Fixe.....

☎ Portable.....

☎ Professionnel.....

3) **NOM**..... **Prénom**.....

Qualité – Lien de parenté avec l’enfant :.....

Adresse :.....

☎ Fixe.....

☎ Portable.....

☎ Professionnel.....

4) **NOM**..... **Prénom**.....

Qualité – Lien de parenté avec l’enfant :.....

Adresse :.....

☎ Fixe.....

☎ Portable.....

☎ Professionnel.....

5) **NOM**..... **Prénom**.....

Qualité – Lien de parenté avec l’enfant :.....

Adresse :.....

☎ Fixe.....

☎ Portable.....

☎ Professionnel.....

Fait à SAINT MAGNE, LE .....

SIGNATURE

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON (page 1)**

**NOM**..... **Prénom**.....

**Date de naissance**.....

**VACCINATIONS** (Fournir les photocopies du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DE DERNIERS RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole – Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		B.C.G.	
Ou tétracoq		Autre	

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION :**  
Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

**MEDECIN TRAITANT**

**NOM** ..... **Prénom**.....

**Adresse** :.....  .....

**L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES**

- |                                |                              |                              |            |                              |                              |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------|------------------------------|------------------------------|
| Rubéole                        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Coqueluche | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Otite                          | <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 | Rougeole   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Scarlatine                     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Oreillons  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Rhumatismes articulaires aigus |                              |                              |            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

**ALLERGIES**

- |              |                              |                              |                 |                              |                              |
|--------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| Asthme       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Médicamenteuses | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Alimentaires | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Autres          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Précisez les causes de l'allergie : .....

.....

**VOTRE ENFANT PORTE T'IL ?**

- |                         |                              |                              |                         |                              |                              |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Des lentilles           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Des prothèses dentaires | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Des prothèses auditives | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Autres                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

NOM..... Prénom.....

Date de naissance.....

**DIVERS**

Indiquez les difficultés de santé de votre enfant et la conduite à tenir (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation). **Aucun médicament ne pourra être administré sauf dans le cadre d'un P.A.I.**

.....  
.....

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant,  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Fait à Saint-Magne le .....

SIGNATURE