

COMMUNE DE BAMBIDERSTROFF
PERISCOLAIRE
BULLETIN D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

Nom et Prénom du représentant légal :

Profession :

Adresse :

Code postal et ville :

Téléphone(s) :

Adresse mail :

Employeur :

Conjoint(e) (si différent du représentant légal) :

Nom et Prénom :

Profession :

Adresse :

Code postal et ville :

Téléphone(s) :

Adresse mail :

Employeur :

Renseignements sur l'enfant pour lequel l'accueil périscolaire est demandé :

NOM et Prénom :

Date de naissance :

Ecole Fréquentée :

Classe :

N° assurance en formule « individuelle accident » (**obligatoire-joindre copie attestation**) :

N° caisse d'allocations familiales (**obligatoire**) :

Renseignements sur les personnes autorisées à venir chercher votre enfant à l'accueil périscolaire :

1	NOM	
	Prénom	
	Qualité	
	Adresse	
	N°téléphone	
2	NOM	
	Prénom	
	Qualité	
	Adresse	
	N°téléphone	
3	NOM	
	Prénom	
	Qualité	
	Adresse	
	N°téléphone	

Mon enfant fréquentera le service périscolaire en allant à :

- La cantine tous les jours de la semaine.
- La cantine certains jours de la semaine (*cocher le(s) jour(s) souhaités*) :
 - Lundi
 - Mardi
 - Jeudi
 - Vendredi
- La cantine ponctuellement.
- Uniquement la garderie du matin et/ou soir, pas de cantine.

Préalablement à la fréquentation de l'accueil périscolaire par mon enfant :

J'autorise la personne responsable de l'accueil périscolaire à prendre toute mesure qui s'impose en cas d'urgence. Toutefois, je signale le NOM, L'ADRESSE, et numéro de téléphone de mon médecin traitant :.....
.....
.....

Je soussigné(e),, représentant de l'enfant

- **autorise l'enfant à participer aux activités de l'accueil périscolaire.**
- **m'engage à payer les frais de garde et de repas, impérativement dans les délais prévus (précisé sur la facture).**
- **accepte le règlement du périscolaire 2025/2026 et certifie en avoir eu un exemplaire.**

BAMBIDERSTROFF, le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles lors de la fréquentation de votre enfant au périscolaire.

A) ENFANT :

NOM : PRENOM:

Sexe : M / F

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

B) VACCINATIONS :

DESCRIPTIF	NOM DU VACCIN	DATE DU DERNIER RAPPEL
<u>Diphtérie+Tétanos+Coqueluche+Polio</u>	- <u>Infanrix</u> - <u>Boostrix</u> - <u>Repevac</u> - <u>Tétravac</u>	
<u>Ou Diphtérie+Tétanos+Polio</u>	- <u>DT Polio</u> - <u>Revaxis</u>	
<u>Ou Tétanos seul</u>	- <u>Tetavax</u>	
<u>Ou Polio seul</u>	- <u>Imovax polio...</u>	
<u>Tuberculose</u>	- <u>BCG</u> - <u>Monovax...</u>	
<u>Hépatite B</u>	- <u>Engérix</u> - <u>Genhevac</u> - <u>HBVax...</u>	
<u>Rougeole-Oreillons-Rubéole</u>	- <u>ROR</u> - <u>Priorix...</u>	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, IL FAUT JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

C) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

➤ L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

(Si oui, merci de nous mettre l'ordonnance avec les médicaments. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance).

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

Rubéole : Oui Non

Varicelle : Oui Non

Angine : Oui Non

Rhumatisme : Oui Non

Scarlatine : Oui Non

Coqueluche : Oui Non

Otite : Oui Non

Rougeole : Oui Non

Oreillons : Oui Non

➤ **Indiquez ci-après :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, allergies...) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

D) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

E) RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM :.....PRENOM :.....

ADRESSE :.....

CP :..... VILLE :.....

TEL FIXE : TEL PORT :

TEL TRAVAIL :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT :

.....

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

Date :

Signature :