



# DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES 2024-2025 VILLE DE BRUYERES-SUR-OISE

Nom et prénom de l'enfant : .....

Adresse : .....

.....

.....

Né(e) le .....

À .....

Sexe : Masculin  Féminin

Email de référence pour le Portail famille : .....

Si l'enfant a de la fratrie dans l'école, prénom et nom de l'enfant : .....

.....

## GENERALITES

### Repas / Régime alimentaire

### Renseignements CAF

- Sans régime particulier*
- Sans porc*
- Halal*
- PAI (Allergies Alimentaires)*

N° Allocataire : .....

Quotient familial : .....

Nombre d'enfants à charge : .....

## SCOLARITE

Classe de l'enfant à la rentrée de septembre 2024

Mémo

Classe : .....

Ecole : .....

Enseignant : .....

(Si déjà connu)

1ère inscription scolaire (PS)

Passage en élémentaire (CP)

Autre .....

## PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom - Prénom	Date de naissance	Téléphone	Lien de parenté

## RESPONSABLES LEGAUX (En cas de garde alternée merci de remplir un dossier par parent)

Parenté :

Mère  Père  Autre (responsable légal)

Parenté :

Mère  Père  Autre (responsable légal)

Civilité :  Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse (Si différente de l'enfant) :

.....

.....

N° Portable : .....

N° Fixe : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Civilité :  Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse (Si différente de l'enfant) :

.....

.....

N° Portable : .....

N° Fixe : .....

Profession : .....

Employeur : .....

## ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE - INDIVIDUELLE ACCIDENT

Fournir une attestation en cours de validité

Responsabilité civile  OUI  NON

Individuelle Accident  OUI  NON

NOM : ..... N° Police : .....

## AUTORISATIONS DE TRANSPORT - DÉPLACEMENT

- Autorise  
 N'autorise pas

Le personnel à utiliser tous les moyens adéquats (à pieds, bus, minibus...) pour tous les déplacements de mon enfant.

En cas de refus, j'ai pris note que mon enfant ne pourra recourir qu'au service de restauration scolaire.

Nous soussignés, ..... responsables légaux de l'enfant  
..... certifions l'exactitude des  
renseignements figurant sur cette fiche et approuvons sans réserve le règlement intérieur des accueils qui m'a été remis.

Signatures du/des Représentants Légaux



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON VILLE DE BRUYERES-SUR-OISE

<b>Nom</b>		
<b>Prénom</b>		
<b>Sexe</b>	Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>
<b>Date de naissance</b>	...../...../.....	Age : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la période d'accueil du mineur à l'accueil de loisirs sans hébergement (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L.227-4 du code de l'action sociale et des familles).

### 1. VACCINATIONS

Vaccins	Date	Vaccins	Date	Vaccins	Date
Diphtérie*		Rubéole-Oreillons-Rougeoles		Haemophilus	
Tétanos*		Hépatite B**		Covid	
Poliomyélite*		Pneumocoque**		Autres (Préciser)	
Coqueluche**		Méningocoque C**			
Haemophilus**		Coqueluche			

\*Obligatoire pour tous.

\*\*Obligatoire pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

### 2. ALLERGIES

ALIMENTAIRES

Oui  Non  Si oui, lesquelles : .....

MEDICAMENTEUSES

Oui  Non  Si oui, lesquelles : .....

AUTRES (animaux, plantes, pollen)

Oui  Non  Si oui, lesquelles : .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un problème de santé qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

Oui  Non

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

### 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Exemples : Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc ...

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

### 4. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Les responsables légaux seront informés prioritairement.

NOM	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

### 5. RESPONSABLE DU MINEUR

Responsable 1 : NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. Travail : ..... Tél. Portable : .....

Responsable 2 : NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. Travail : ..... Tél. Portable : .....

Nom Médecin traitant : ..... Tél : .....

Je soussigné(e), ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

**DATE et SIGNATURE :**

Observations : .....

.....

.....