

Syndicat

Intercommunal de

Regroupement

Pédagogique



 publicdomainvectors.org

LANDEBIA – PLEVEN

Nom prénom de l'élève :

Classe :

**Ensemble, nous nous engageons à respecter le
règlement de notre école**

MERCI DE COMPLETER OU DE CORRIGER AU
CRAYON ROUGE LES ERREURS OU LES
CHANGEMENTS

DÉCHARGE SORTIE ECOLE et GARDERIE :

Je soussigné(e)

Père, mère, tuteur de l'enfant :

1) Autorise

M. ou Mme

M. ou Mme

M. ou Mme

M. ou Mme

à venir chercher mon enfant après l'école et/ou à la garderie.

Pour les seuls enfants inscrits en classes élémentaires (du CP au CM2):

2) Autorise mon enfant à quitter seul l'école et/ou à la garderie en fin de séance.

oui **non**

Signature(s)

RÈGLEMENTS CANTINE, GARDERIE et TRANSPORT :

Je soussigné(e)

Père, mère, tuteur de l'enfant :

accepte le règlement intérieur concernant la cantine, la garderie et le transport.

A..... le.....

Lu et approuvé (en toutes lettres).

Signature(s)

Signature de l'enfant avec l'aide des parents :

(après lecture et explication des règlements)

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e)

Père, mère, tuteur de l'enfant :l'autorise:

- à être photographié ou filmé dans le cadre de la cantine ou de la garderie afin d'illustrer des supports de communication (journal, affiches, vidéo, etc.....) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.

Oui Non

- à être photographié ou filmé dans le cadre de la cantine ou de la garderie afin d'illustrer les sites web des communes ainsi que tout support sur Internet.

Oui Non

- Autorise le personnel du SIRP, à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'accident.

Oui Non

Lu et approuvé (en toutes lettres)

Signature(s)

A RETOURNER AU SIRP (Mairie de Pléven).

Les règlements sont à conserver.

SIRP PLEVEN – LANDEBIA

FICHE D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES - ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024

Mon enfant fréquentera les services suivants :

Occasionnellement

- La garderie
- le transport scolaire
- la restauration scolaire

régulièrement

- La garderie
- le transport scolaire
- la restauration scolaire

Renseignements concernant l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

Classe en 2023-2024 :

TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

REPRESENTANTS LEGAUX

Mère Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél : Domicile : Portable : Travail :

Adresse mail :

N° CAF ou MSA : Quotient familial :

Père Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél : Domicile : Portable : Travail :

Adresse mail :

N° CAF ou MSA: Quotient familial :

Tuteur : Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél : Domicile : Portable : Travail :

Adresse mail :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON :

NOM : Prénom :

Date de naissance :

VACCINATIONS

A cocher ou joindre photocopie de la page de vaccination du carnet de santé pour une première inscription

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (à préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée OUI NON

Si OUI, lequel

.....
.....

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

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
RUBEOLE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			OTITE		
VARICELLE			SCARLATINE			ROUGEOLE		
ANGINE			COQUELUCHE			OREILLONS		

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire : OUI NON **ALLERGIES :**ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON ALIMENTAIRE 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, opération rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

Nom et Tél du médecin traitant : Docteur à Tél :

Choix de l'hôpital en cas de nécessité :

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Je soussigné(e)

Responsable légal de l'enfant, déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise les communes de Landébia et Pléven à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

OBSERVATIONS PARTICULIERES :