



VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole, Oreillons, Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (Précisez)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

ATTENTION : le vaccin anti tétanique ne présente aucune contre indication

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine, marqué au nom de l'enfant. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Cochez les maladies déjà déclarées par l'enfant

- Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine
 Coqueluche Otite Rougeole Oreillons

Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui Non PAI (Protocole Accueil Individualisé / à fournir)

Si oui, de quelle origine ? Alimentaire Médicamenteuse Contact
 Animaux Autre

Précisez quelle est la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

.....

.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre). Les recommandations utiles des parents (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, comportement de l'enfant, énurésie nocturne etc.).

.....

.....

.....

REVENUS

Pour simplifier vos démarches, la Mairie de Pérols peut obtenir vos revenus par échange automatisé ou consultation du service professionnel CAF Pro, dès leur mise à disposition, et si vous percevez des prestations liées à des conditions de ressources.

Oui J'autorise la Mairie à prendre en compte mes revenus CAF Pro et j'indique mon n° allocataire afin de bénéficier d'un tarif adapté à ma situation.

N° Allocataire CAF

Non ou Je n'ai pas de numéro d'allocataire CAF (autres régimes : MSA...). Je fournis mes justificatifs de revenus (voir liste des pièces à fournir en fonction de ma situation) afin de bénéficier d'un tarif adapté à ma situation.

Non Je ne souhaite pas fournir de justificatifs de revenus. J'accepte donc que le tarif maximum me soit appliqué.

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M^{me} / M. autorise

✎ L'utilisation des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités organisées par les services municipaux, pour une stricte utilisation sur les supports de communication de la Ville de Pérols & de Montpellier Agglomération.

Oui Non

✎ Mon enfant à participer à toutes les activités organisées par la structure.

Oui Non

✎ Mon enfant à quitter seul l'établissement, à compter de la fin des activités.

Oui Non

Âge

✎ Mon enfant à participer aux activités baignades (Mer & piscine)

Oui Non

Attestation natation pour le 6/12 ans & ados

Oui Non

✎ Accepte et reconnais avoir pris connaissance du (des) règlement(s) intérieur(s) applicable(s) au(x) service(s) auquel(s) mon enfant est inscrit. Je m'engage à en respecter l'ensemble des modalités.

✎ Je soussigné(e) M^{me} / M. responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature du responsable légal

le/...../.....

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

