

REPUBLIQUE FRANCAISE
DEPARTEMENT DU BAS-RHIN
COMMUNE DE PFALZWEYER
67320

Téléphone : 03 88 70 17 31

Courriel : mairie-de-pfalzweyer@wanadoo.fr

Site internet : <https://pfalzweyer.hanau-lapetitepierre.alsace/>

DOSSIER D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE 2021/2022

Ce dossier comporte :

1 fiche de fréquentation périscolaire

1 fiche de renseignements

1 fiche sanitaire de liaison (cerfa 10008*02)

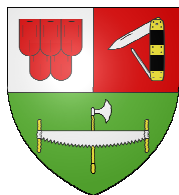
Merci de remplir :

- la fiche de fréquentation périscolaire
- la fiche de renseignements (une par famille)
- la fiche sanitaire de liaison - cerfa 10008*02 (une par enfant)
accompagnée de la copie des pages de vaccins

Joindre à ce dossier :

Une attestation d'assurance extrascolaire

**Merci de bien vouloir nous retourner les
dossiers complétés dans les meilleurs délais**



REPUBLIQUE FRANCAISE
DEPARTEMENT DU BAS-RHIN
COMMUNE DE PFALZWEYER
67320

Téléphone : 03 88 70 17 31
Courriel : mairie-de-pfalzweyer@wanadoo.fr
Site internet : <https://pfalzweyer.hanau-lapetitepierre.alsace/>

FICHE DE FREQUENTATION PERISCOLAIRE

Nom et prénom de l'enfant :

Classe fréquentée en 2021/2022 : Commune :

Les tarifs appliqués sont :

Midi : 8,50 €

Soir : 3,50 €

CRENEAUX

Cocher le ou les créneau(x)

MIDI pause méridienne à Pflzweyer

SOIR jusqu'à 18h30 à Pflzweyer

FREQUENCES

Cocher le ou les jour(s)

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

Je m'engage à faire savoir tout changement le plus rapidement et dans les délais.

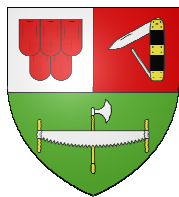
Les changements de planning sont à communiquer à Danièle DRIESSLEIN au 06 52 29 48 79
ou par e-mail : mairie-de-pfalzweyer@wanadoo.fr

Nom et Prénom de la personne ayant inscrit l'enfant :

.....

Le : / /

Signature :



REPUBLIQUE FRANCAISE
DEPARTEMENT DU BAS-RHIN
COMMUNE DE PFALZWEYER
67320

Téléphone : 03 88 70 17 31
Courriel : mairie-de-pfalzweyer@wanadoo.fr
Site internet : <https://pfalzweyer.hanau-lapetitepierre.alsace/>

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PERISCOLAIRE

Nom et prénom de l'enfant :

Classe fréquentée en 2021/2022 : Commune :

	Mère	Père
Nom/Prénom		
Adresse		
Téléphone		
Courriel		

Personne à joindre en cas d'urgence (nom + téléphone) :
.....

J'autorise mon enfant à rentrer seul : OUI NON

Personnes autorisées à raccompagner l'enfant :

Nom /Prénom	Lien de parenté	N° téléphone	Adresse

J'autorise le personnel à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. OUI NON

J'autorise la commune à utiliser ces supports dans le bulletin municipal. OUI NON

Fait à, le

Signature :



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

JOINDRE LA COPIE DES PAGES DE VACCINS

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES oui non

DES LUNETTES oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHESES AUDITIVES oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHESES OU APPAREIL DENTAIRE oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRECISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

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.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :