

**À COMPLÉTER EN LIGNE EN TÉLÉCHARGEANT CETTE FICHE À L'ADRESSE : merignac.com/inscriptions-scolaires
ET REMETTRE AU GUICHET UNIQUE AVANT LE 30 JUIN**

FICHE SANITAIRE ANNÉE SCOLAIRE 2018/2019

NOM de l'enfant : PRÉNOM : Né(e) le :
(en lettres majuscules) (en lettres majuscules) (en lettres majuscules)

Adresse :

@ :

École : Classe :

Centre de loisirs :

Représentant 1 : Nom : Prénom : N° tél. : N° tél. travail :

Représentant 2 : Nom : Prénom : N° tél. : N° tél. travail :

Marié(e)s Divorcé(e)s Séparés Veuf(ve) Célibataire Vie maritale PACS

Si séparation des parents, préciser si garde alternée OUI NON

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

DATE DE RAPPEL VACCIN DT POLIO (contre la diphtérie, Tétanos et Poliomyélite)

ATTENTION : date du vaccin obligatoire sous peine de retour de ce document :

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?

Maladie : OUI NON Préciser :

Prise de médicaments : OUI NON Préciser :

Votre enfant a-t-il des allergies ?

Aliments : OUI NON Préciser :

Autres : OUI NON Préciser :

Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un P.A.I. car il a un problème de santé à prendre en charge en temps scolaire et péri scolaire (**problème de santé à signaler au Directeur d'école lors de l'admission de l'enfant**).

Renseignements complémentaires concernant l'état de santé de l'enfant (interventions chirurgicales, autre) :

Restauration scolaire : menu classique menu sans viande menu sans porc

N° de Sécurité Sociale de la Personne couvrant l'enfant : /

Assurance scolaire (coordonnées assurance, n° d'adhérent...) :

Personne(s) majeure(s) ou mineure(s) munie(s) d'une pièce d'identité autorisée(s) à venir chercher l'enfant, autres que les parents :

Nom : Prénom :

Lien de parenté éventuel : Tél. :

Nom : Prénom :

Lien de parenté éventuel : Tél. :

Nom : Prénom :

Lien de parenté éventuel : Tél. :

Nom : Prénom :

Lien de parenté éventuel : Tél. :

ATTENTION : je décharge la collectivité de toute responsabilité après remise de mon enfant à l'une des personnes majeures ou mineures ci-dessus.

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Je soussigné(e)..... (NOM, Prénom), **responsable légal de l'enfant**, certifie exacts les renseignements portés sur le présent document et sur le dossier d'inscription. J'atteste, dans le cas de parents séparés ou divorcés, que le père ou la mère de l'enfant est informé(e) de ces données. Je déclare accepter le règlement intérieur des prestations municipales (restauration scolaire, accueil, centre de loisirs, ramassage scolaire).

J'autorise la Municipalité :

* à solliciter la CAF pour qu'elle transmette à l'administration mon Quotient familial : non oui

* à prendre toute mesure d'urgence en cas d'accident de mon enfant : non oui

* à m'envoyer des alertes SMS pour toute information relative au fonctionnement du service : non oui

* à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités périscolaires et utiliser ces supports : non oui

MÉRIGNAC, le SIGNATURE :