



# Les Petits Loustics



6 rue de France 68510 MAGSTATT-LE-HAUT

09.87.53.11.96

asso.ptits.loustics@gmail.com

## DOSSIER D'INSCRIPTION - FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024/2025

### 1. ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Fille  Garçon

Ecole : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Régime d'Assurance Maladie :

Général  Agricole (MSA)

Autre  Précisez : \_\_\_\_\_

### 2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom et Tél. du médecin traitant : \_\_\_\_\_

L'enfant est-il à jour dans ses vaccins ? Oui  non

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? 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 donné sans ordonnance et sans le protocole**

**d'administration de médicaments ci-joint**

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

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

L'enfant est-il allergique ?

Asthme oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Alimentaires oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
---	---	--

Autres :

---

---

Précisez la cause de l'allergie 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** :

---

---

---

---

---

### 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

Veillez préciser :

---

---

---

---

---

---

---

### 4. REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT

Représentant légal n°1	Représentant légal n°2
Nom, Prénom : _____	Nom, Prénom : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
Tél Domicile : _____	Tél Domicile : _____
Tél Portable : _____	Tél Portable : _____
Tél Prof. : _____	Tél Prof. : _____
E-mail : _____	E-mail : _____
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____

Bénéficiaire d'aide de la CAF : oui  non

(joindre bon CAF)

Bénéficiaire de tarif réduit : oui  non

(joindre fiche d'impôt 2023 sur les revenus 2022)

### 5. FRERES/SŒURS

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

### 6. PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (par ordre de priorité)

1. Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

2. Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

3. Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

4. Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

## 7. PERSONNES HABILITEES A CHERCHER L'ENFANT

-> Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien parenté / amis / autre : \_\_\_\_\_

-> Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien parenté / amis / autre : \_\_\_\_\_

-> Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien parenté / amis / autre : \_\_\_\_\_

-> Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien parenté / amis / autre : \_\_\_\_\_

-> Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien parenté / amis / autre : \_\_\_\_\_

-> Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien parenté / amis / autre : \_\_\_\_\_

-> Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien parenté / amis / autre : \_\_\_\_\_

## 8. PIECES A FOURNIR

→ Fiche de renseignements

→ Récépissé d'acceptation du règlement intérieur signé

→ Attestation d'assurance scolaire

→ Photocopie des vaccins

→ Cotisation annuelle pour les habitants des 5 communes : 15 euros (pour la tranche 1)

22.50 euros (pour la tranche 2) ou 30 euros (pour les tarifs plein)

→ Cotisation annuelle pour les habitants d'autres communes : 30 euros (pour la tranche 1),

32.50 euros (pour la tranche 2) ou 35 euros (pour la tranche 3)

→ Feuille d'imposition pour bénéficiaire de la tranche 1 ou 2

→ Pour les nouveaux arrivants, une caution de :

- 150 euros par enfant (tranche 2 et 3)

- 75 euros par enfant (tranche 1)

**Un dossier incomplet et/ou des factures impayées ne permettront pas d'accepter l'inscription de votre enfant.**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction à prendre toutes les mesures d'urgence (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage à signaler au périscolaire tout changements relatifs aux informations ci-dessus.

Après lecture du règlement intérieur dont un exemplaire m'a été remis, je déclare l'inscrire au périscolaire « Les p'tits loustics ».

Par ailleurs, **j'autorise ou je n'autorise pas** <sup>(1)</sup> le périscolaire à diffuser, dans les supports de communication du périscolaire et dans les médias, les photographies et documents audiovisuels représentant mon enfant.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature, précédée de la mention "lu et approuvé" :

(1) rayer la mention inutile

CADRE RESERVE A LA DIRECTION		
Fiche de renseignements complétée :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Règlement intérieur signé :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Attestation d'assurance :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Photocopie des vaccins :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Cotisation annuelle acquittée :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Caution acquittée :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Montant caution : _____		
Mode de règlement : Virement bancaire		<input type="checkbox"/>

## Protocole d'administration de médicaments

Je soussigné(e).....représentant légal de l'enfant.....autorise l'association « Les Ptits Loustics » à délivrer les médicaments suivants :

Nom du médicament	Date de la 1 <sup>ère</sup> prise	Durée du traitement	Moment de la prise*

\*Avant, pendant ou après les repas. Privilégiez la prise de médicaments les matins et les soirs pour éviter tous risques inutiles.

Le poids de mon enfant est de : .....

L'ordonnance est à joindre impérativement.

Date et signature :

## Protocole d'administration de médicaments

Je soussigné(e).....représentant légal de l'enfant.....autorise l'association « Les Ptits Loustics » à délivrer les médicaments suivants :

Nom du médicament	Date de la 1 <sup>ère</sup> prise	Durée du traitement	Moment de la prise*

\*Avant, pendant ou après les repas. Privilégiez la prise de médicaments les matins et les soirs pour éviter tous risques inutiles.

Le poids de mon enfant est de : .....

L'ordonnance est à joindre impérativement.

Date et signature :