



Ville de Gonfaron
Pôle Enfance
04 94 78 39 72

DEPOSE ARRET MINUTE



Service Enfance

FICHE INSCRIPTION

Renseignements auprès de la régie scolaire ☎ 04 94 78 39 72 – regie.scolaire@gonfaron.fr

Collez
Une photo
Récente
De votre
enfant

1 Identité de votre enfant

Nom ----- Prénom----- garçon fille
Né.e le / / 20 à : classe de l'enfant :

2 La famille de votre enfant

➤ **Situation actuelle des parents :** mariés divorcés* en couple séparés* veufs autres
*merci de nous préciser comment s'organise la garde de l'enfant : -----

➤ Coordonnées des responsables légaux ()

	Parent 1	Parent 2
Nom		
Prénom		
Adresse		
Téléphone domicile :		
Téléphone portable :		
Coordonnées professionnelles Ville et Tél		

3 Règlement du temps d'accueil :

Le dépose minute est un temps de surveillance, sans animation, organisé dans la cour de l'école élémentaire, pour les enfants de cette même école.

Ce service, créé dans le but de favoriser la sécurité autour de l'école, est gratuit.

1.HORAIRES ET LIEUX

Horaires d'ouverture :

Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi de 8h00 à 8h20.

Durant ce temps d'accueil votre enfant est placé sous la responsabilité des agents municipaux. Si vous souhaitez le récupérer, il vous faudra signer une décharge auprès de ces agents.

Lieu : dans les espaces extérieurs de l'école élémentaire J.AICARD.

2.DOSSIER D'INSCRIPTION ET INSCRIPTION

Ce document accompagné de la fiche de santé de l'enfant constitue le dossier d'inscription.

Le dépôt de ce dossier, au bureau de la régie scolaire donne un droit d'accès annuel à votre enfant.

Ce service ne nécessite pas d'inscription au préalable.

3. MEDICAMENTS

L'admission de médicaments n'est possible que dans le cadre d'un **Projet d'Accueil Individualisé, (P.A.I)** après avis du médecin scolaire.

- Il est **formellement interdit** de remettre directement des médicaments à vos enfants.

4. DISCIPLINE

- Vos enfants doivent se montrer respectueux envers l'ensemble des personnels, leurs camarades et les locaux.

En cas d'inobservation de ces règles de vie, des sanctions seront appliquées

A GONFARON, Le.....

Parent 1	Parent 2	Tuteur

Merci de joindre : - l'attestation d'assurance responsabilité civile ou extra-scolaire au dossier

- la fiche sanitaire ci-jointe remplie accompagnée de la copie des vaccinations



FICHE DE SANTE



Ville de Gonfaron
Pôle Enfance

Service Enfance
04 94 78 39 72

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les temps d'accueil périscolaire de votre enfant, elle sera transmise aux pompiers et aux médecins en cas de nécessité.

1- ENFANT

Nom _____ Prénom _____

Age : _____ Poids : _____ Kg Garçon Fille

2- VACCINS – Attention, à remplir UNIQUEMENT lors de la première inscription et lors d'injection de rappels.

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication, ATTENTION, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Vaccins Obligatoires	A jour		Vaccins recommandés (obligatoires pour les enfants nés après le 1 ^{er} janvier 2018)	Date de dernière vaccination Page 92 et 93 du carnet de vaccination
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
DTPolio	Date du dernier rappel (Page 91 du carnet) -----		ROR, (Rubéole, Oreillon et Rougeole)	
			Pneumocoques	
			Hépathite B	
			Méningocoque	
			Diphtérie, poliomyélite, Haemophilus	
			Coqueluche et tétanos	

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Rappel, aucun médicament ne pourra être donné, sauf dans le cadre d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) joindre une copie du PAI au service Enfance à l'inscription.

L'enfant suit-il un traitement médical pris à la maison ? oui, lequel ? _____ non

Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre _____

ALLERGIES :	Cause(s) de l'allergie	Conduite à tenir, précisez si un P.A.I est mis en place.
ASTHME <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
MEDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
AUTRES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Recommandations utiles des parents (lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires...)

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ		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"/>		

4-RESPONSABLES DE L'ENFANT

	Parent 1	Parent 2
Nom		
Prénom		
Téléphone portable		
Téléphone du domicile		
Téléphone professionnel		
N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant		
Coordonnées du médecin traitant de l'enfant		

EN CAS D'ACCIDENT :

Je soussigné.e, nom _____ prénom _____ autorise le responsable du service à faire intervenir les pompiers et à éventuellement faire transporter mon enfant nom _____ prénom _____ âgé de _____ ans vers un service hospitalier afin d'effectuer les soins nécessaires et m'engage à régler tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

Je soussigné(e) nom, prénom _____ responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler tous changements concernant l'état de santé de mon enfant.

Gonfaron, le

20

Signature du représentant légal précédée de « **lu et approuvée** »