



## RENOUVELLEMENT DOSSIER UNIQUE DE RENSEIGNEMENT

Année scolaire : ...../.....

**Photo  
d'identité**

 **Liste des documents à fournir :**

- Fiche sanitaire de liaison
- Une copie des pages maladies et vaccinations du carnet de santé
- 1 Photo d'identité
- Attestation d'assurance au nom de votre enfant « responsabilité civile » et « individuelle accident » sur les temps périscolaire et extrascolaire pour l'année scolaire
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (EDF, téléphone, etc ...)
- Avis d'imposition N-1 (**si déclaration séparer, fournir l'avis d'imposition des 2 parents**)
- Attestation CAF de moins de 3 mois
- Attestation pour l'application tarif maximal (si vous ne souhaitez pas communiquer vos revenus)
- 1 RIB si vous souhaitez le prélèvement automatique
- L'autorisation de sortie de territoire signée pour l'année scolaire + **une copie du livret de famille, la carte d'identité de l'enfant et la carte d'identité des parents**

**Inscription pour :**

- Périscolaire (Périscolaire matin, soir, restaurant scolaire, étude surveillée)
- Centre de loisirs (Mercredis et vacances scolaires)
- Secteur jeunes (11-17 ans, Mercredis et vacances scolaires)



**Tout dossier incomplet ne permettra pas l'inscription de votre enfant.**



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : .....

Prénom : .....

Fille     Garçon

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

### Vaccination

| Vaccins    | Oui | Non | Fait le | Prochain rappel | Commentaires |
|------------|-----|-----|---------|-----------------|--------------|
| DT Polio   |     |     |         |                 | Obligatoire  |
| Diphthérie |     |     |         |                 |              |
| Tétanos    |     |     |         |                 |              |
| BCG        |     |     |         |                 |              |
| Hépatite B |     |     |         |                 |              |

### Renseignement médical - Allergie

- Asthme     Alimentaire .....
- Médicamenteuses .....
- Autres .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de fournir un PAI ainsi que l'ordonnance du médecin) :

.....  
.....  
.....

### Restriction alimentaire particulière

- Sans porc     Végétarien     PAI (Projet d'accueil Individualisé) .....



## Autorisation

- ⇒ Prise de vue dans le cadre exclusif de la promotion des actions de la collectivité et/ou Kidizz :  Oui  Non
- ⇒ J'autorise mon enfant à être maquillé durant les activités :  Oui  Non
- ⇒ Lors de la baignade, mon enfant :  Sait nager  A besoin de brassards

Je soussigné (e),..... déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du service SAJES de la commune d'ARCHAMPS et m'engage à le respecter en tout point.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à informer le service de tous changements et informations nouvelles concernant mon enfant.

J'autorise les responsables des accueils à prendre le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à : ..... Le : ...../ ...../ .....

Signature(s) :

