



Dossier unique d'inscription

Déclaration de mise à jour

Voici les informations ayant changé dans la situation de mon enfant (ou de ses parents) depuis l'envoi du dossier unique d'inscription (veuillez remplir les champs en rouge obligatoirement dans tous les cas) :

Nom de l'enfant * : _____

Prénom * : _____

Date de naissance * : _____

Adresse ou réside l'enfant : _____

Situation professionnelle de la mère :

Activité salariée : Oui Non Profession indépendante _____

N° de téléphone mobile : _____ N° de téléphone domicile : _____

N° de téléphone travail : _____

E-mail : _____

Situation professionnelle du père :

Activité salariée : Oui Non Profession indépendante _____

N° de téléphone mobile : _____ N° de téléphone domicile : _____

N° de téléphone travail : _____

E-mail : _____

Situation de l'enfant :

École fréquentée : _____

Autorisation de quitter le centre de loisirs seul : _____

Situation de la famille :

Nombre d'enfant(s) à charge : _____ (1) N° d'allocataire CAF : _____

Allocataire Caisse de Compensation Monaco Fournir justificatif

Dernier quotient familial établi par la Caisse d'Allocations Familiales : _____

* Champs obligatoires afin de vérifier le dossier à modifier

(1) à remplir obligatoirement si allocataire de la CAF

Pièces à joindre à la déclaration de mise à jour :

- 1 photo,

- la notification du quotient familial établi par la CAF si allocataire CAF, dans le cas contraire, le dernier avis d'imposition provenant de l'administration fiscale, de tous les membres actifs du foyer ou à défaut un courrier par lequel vous acceptez de payer le tarif plafond de 11 euros par jour pour les accueils de loisirs et 38,10 euros pour les mini séjours.

Je soussigné(e), (nom et prénom) _____

Déclare et certifie que les informations fournies sur cette fiche sont exactes et m'engage à fournir à l'administration toutes pièces justificatives, si tel est demandé.

Date : _____

Signature :

Veuillez nous renvoyer cette déclaration remplie recto-verso avec les pièces jointes à l'adresse suivante :

Mairie de Nice - Direction Adjointe de la Jeunesse - DUI - 06364 NICE CEDEX 4

ou la déposer sur son lieu de retrait.

Fiche sanitaire de liaison

ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon

Fille

photo

4B

Informations médicales

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels
DT Polio			
Tétracoq			
BCG			

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Maladies déjà contractées (faites une croix dans la ou les cases correspondantes)

- Scarlatine Otite Rougeole Rubéole Angine Rhumatismes
 Oreillons Coqueluche Varicelle Autres maladies

L'enfant est-il allergique ?

- Alimentaires Médicamenteuses Asthme Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Protocole de prise en charge médicalisé

- Oui Non

L'enfant suit-il un régime alimentaire médical :

- Oui Non

Si oui, lequel ? _____

L'enfant suit-il un traitement médical :

- Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation). En précisant les dates et les précautions à prendre.

Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'une école spécialisée ?

- Oui Non

Si oui, laquelle ? _____

Précautions à prendre pour certaines activités physiques et renseignements

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez)

Antécédents particuliers : fracture, entorse, autres (précisez) : _____

L'enfant mouille-t-il son lit ?

- Oui Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

- Oui Non

Autorisation annuelle de prise en charge médicalisée et personnes à contacter

Responsable légal à contacter prioritairement :

Nom : _____ Lien de parenté : _____ N° de Sécurité Sociale : _____

Tél. portable : _____ Tél. domicile : _____

Tél. professionnel : _____ Autres numéros : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant _____

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date _____ Signature _____