

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

RESPONSABLES LEGAUX				
	Tuteur 1	Tuteur 2		
Nom & Prénom				
Adresse				
Code postal				
Ville				
 Domicile				
 Portable				
@ Mail				
Profession				
<b>AUTORITE PARENTALE</b>			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Chacun des responsables légaux exerce la même autorité				
Facturation :				
<input type="checkbox"/> Les deux parents (adresse mail identique) <input type="checkbox"/> Un seul parent (préciser l'adresse mail d'envoi) :				
Pour chaque situation particulière, nous indiquer expressément la conduite à tenir :				
<b>AUTORISATIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES SERVICES MUNICIPAUX</b>			<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Autorisons la direction à transporter notre enfant dans le véhicule d'un transporteur mandaté par la mairie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisons la direction à présenter notre enfant à un médecin en cas de nécessité, et à faire pratiquer les interventions chirurgicales et anesthésiques d'urgence			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisons la direction à prendre toutes les initiatives nécessitées par l'état de l'enfant en cas d'accident ou de maladie subite de l'enfant			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisons la prise de photos de mon enfant, ainsi que la publication et la diffusion gratuite des photos dans le bulletin municipal ou le site internet de la mairie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESTAURANT SCOLAIRE					
Veuillez préciser les jours où votre enfant fréquentera la cantine.					
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	
Jour(s) d'inscription					

### GARDERIE PERISCOLAIRE

Merci de renseigner les jours d'accueil

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Occasionnel
Matin 7h30 à 8h20					
Soir 16h00 à 18h30					

### PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom & Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone principal	Téléphone secondaire

Je reconnais avoir été informé (e) que dès qu'il aura quitté l'enceinte des locaux, mon enfant ne sera plus sous la responsabilité juridique de l'établissement et des encadrants et qu'il retombera sous mon entière responsabilité.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur....., certifie les informations fournies exactes et déclare accepter le règlement intérieur périscolaire (qui m'a été remis et qui est disponible en Mairie)

Fait à

Le     /     /

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

# Fiche sanitaire de liaison

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

## 1 – VACCINATION

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétra coq				Autres (préciser)	

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

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Oui  Non

Préciser : .....

À titre indicatif 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"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE 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"/>	OTITE 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"/>	

ALLERGIES

ASTHME

Oui

Non

MEDICAMENTEUSES

Oui

Non

ALIMENTAIRES

Oui

Non

AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Oui (joindre le protocole et toutes informations utiles)

Non

.....  
.....

Merci d'indiquer les **difficultés de santé** (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation*) en précisant les **précautions à prendre**.

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

.....  
.....

PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :			
Nom & Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone principal	Téléphone secondaire

Je soussigné(e),

.....

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

Date : / /

Signature :