

PHOTO
OBLIGATOIRE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024-2025

*Fiches à retourner impérativement au Service Education
en cas de présence de votre enfant, même occasionnelle, aux accueils ci-dessous.*

- RESTAURATION SCOLAIRE
 GARDERIE PÉRISCOLAIRE
 ACCUEIL DE LOISIRS

MATERNELLE

Cocher le niveau correspondant

PS	MS	GS
----	----	----

ELÉMENTAIRE

Cocher le niveau correspondant

CP	CE1	CE2	CM1	CM2
----	-----	-----	-----	-----

ENFANT

Nom et prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse domicile :

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM, Prénom.....

NOM, Prénom.....

Lien avec l'enfant.....

Lien avec l'enfant.....

 Portable.....

 Portable.....

AUTORITÉ PARENTALE exercée par :

PÈRE

MÈRE

NOM, Prénom :

NOM, Prénom :





INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES

Régime Général : Régime Agricole : Autres Régimes : précisez.....

N° Allocataire (CAF) :code postal caisse CAF.....

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) : Non Oui (Joindre le P.A.I.)

Régime alimentaire : Non Oui précisez :

EN CAS DE DROIT DE GARDE

Alterné

Classique

Réduit

(En cas de droit de garde : Alterné, Classique ou Réduit, joindre obligatoirement le jugement)

Adresse domicile Mère :

Adresse domicile Père :

AUTORISATIONS

Je soussigné, M. / Mme :

Responsable de l'enfant :

- autorise mon enfant, à participer à toutes les activités, y compris la piscine,
- autorise le personnel d'animation, sous l'autorité du directeur, à filmer et/ou photographier mon enfant dans le cadre des activités. Certains clichés pourront être utilisés dans un but non lucratif pour des supports de communication municipaux :

Journal_site internet et pages Facebook de la Ville : Oui Non

- m'engage à payer la participation incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation ou d'opération donnant lieu ou non au remboursement de la sécurité sociale et de ma mutuelle,
- autorise le responsable des accueils, à soigner mon enfant (blessures superficielles) et/ou à faire intervenir les services d'urgence en cas de nécessités.
- m'engage à signaler tout changement de situation, personnelle, familiale, médicale ou professionnelle,
- autorise le responsable des accueils à contacter et/ou confier mon enfant aux personnes suivantes **qui seront munis d'une pièce d'identité lors de leur venue (précisez si la personne est mineure) :**

NOM, Prénom:.....

NOM, Prénom:.....

Lien avec l'enfant.....

Lien avec l'enfant.....

 Portable.....

 Portable.....

NOM, Prénom:.....

NOM, Prénom:.....

Lien avec l'enfant.....

Lien avec l'enfant.....

 Portable.....

 Portable.....

Certifie que les renseignements portés sur la présente fiche sont exacts.

Date

Signature(s)

COMMENTAIRES

Ces renseignements font l'objet d'un traitement informatique destiné à valider les inscriptions périscolaires de votre enfant. Les destinataires des données sont les services municipaux chargés de l'organisation des activités périscolaires. Les réponses à ce questionnaire ont un caractère obligatoire. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Européen du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
