



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2019-2020

NOM de l'enfant : **PRENOM :** **DATE de naissance :**

ADRESSE :

Domicile : **Portable :** **(Père) Portable :** **(Mère)**

Ecole : **Nom de l'enseignant :** **Classe :**

N° immatriculation sécurité sociale (sous lequel l'enfant est déclaré) :

N° ALLOC .CAF :

N° MSA :

AUTRES :

RESPONSABLE 1

NOM ET PRENOM :

Adresse :

Email :

travail

Autorité parentale **oui** **non**

RESPONSABLE 2

NOM ET PRENOM :

Adresse :

Email :

travail

Autorité parentale **oui** **non**

PERSONNE A FACTURER :

NOM ET PRENOM :

Adresse :

PRELEVEMENT BANCAIRE : **Oui** **Non**

Date de mise en place :

Date d'arrêt :

L'ENFANT est autorisé à repartir, accompagné par

NOM	PRENOM	STATUT	N° TELEPHONE	

ASSURANCE (joindre obligatoirement une attestation) responsabilité civile et individuelle accident (périscolaire et extrascolaire)

l'enfant est assuré Société Numéro de contrat

l'enfant n'est pas assuré et dans le cas où sa responsabilité serait reconnue pour quelque cause que ce soit, nous ferions notre affaire personnelle des risques encourus.

j'autorise **je n'autorise pas** **la prise de photos et/ou de films de l'enfant** (pendant les temps d'accueil) **et sa publication** dans la presse, sur le site internet municipal, sur le blog des ALSH, par affichage dans les lieux publics, ou lors de manifestations publiques concernant le service enfance jeunesse.

j'autorise **je n'autorise pas** **la consultation de mon quotient familial sur l'espace partenaires CAF.**

→ **Je suis informé(e)** que la Communauté de communes ne prendra pas en charge les frais médicaux ou pharmaceutiques encourus, pendant la période de présence de l'enfant lors des temps d'accueil.

→ **Je reconnais** avoir pris connaissance du règlement intérieur du service pour lequel l'enfant est inscrit.

→ **Je m'engage** à signaler tout changement qui interviendrait au cours de l'année (situation familiale, adresse...).

→ **Je déclare** exacts les renseignements portés sur ce document 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

→ **Je confirme** à ce jour, la réservation de mon enfant qui sera définitive seulement si je suis à jour de mes règlements et atteste de l'exactitude des informations portées sur la fiche de renseignements de l'année 2018-2019.

→ Fait à, le.....

Signature du /des parents ou du tuteur légal

FICHE SANITAIRE

Nom de l'enfant :

Prénom :

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	oui	non	dates
tétanos				coqueluche			
poliomyélite				BCG			
ou DT polio				diphtérie			
ou tétracoq				hépatite B			
ROR (*)				autres (préciser)			

(*) Rubéole- Oreillons - Rougeole

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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	oui	non		oui	non		oui	non		oui	non
rubéole			varicelle			coqueluche			otites		
angine			scarlatine			rougeole			oreillons		
									rhumatisme articulaire		
									aigü		

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI NON

Pathologie	Traitement et/ou nom des médicaments

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Remettre à la personne de l'accueil, une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Mise en place obligatoire d'un PAI hors temps scolaire

OUI NON

Pour les allergies alimentaires ou autres, l'asthme ou toute situation sanitaire particulière, l'**inscription** au restaurant scolaire, à l'accueil périscolaire et à l'accueil de loisirs **n'est envisageable qu'après la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé.**

(Merci de prendre rendez-vous avec le Directeur du service enfance jeunesse vie scolaire)

Pathologie	Traitement et/ou nom des médicaments

Enfant en situation de handicap (Allocataire AEEH)

OUI NON

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

Difficultés de santé	Dates	Précautions à prendre

Recommandations utiles (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives et/ou dentaires....)