

Année scolaire 2020/2021

Cadre concernant l'enfant

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / / LIEU DE NAISSANCE :

EST INSCRIT(E) DANS L'ECOLE : Ecole Maternelle du Courant d'eau Ecole Maternelle Pierre et Marie Curie Ecole Primaire Robert Anselin Ecole Primaire Roger Salengro

ENSEIGNANT :

ADRESSE :

Cadre concernant les responsables légaux

M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>
NOM : <input type="text"/>		NOM : <input type="text"/>	
PRENOM : <input type="text"/>		PRENOM : <input type="text"/>	
EN QUALITE DE : <input type="text"/> PERE/MERE/TUTEUR		EN QUALITE DE : <input type="text"/> PERE/MERE/TUTEUR	
ADRESSE COMPLETE : <input type="text"/> <input type="text"/>		ADRESSE COMPLETE : <input type="text"/> <input type="text"/>	
CP : <input type="text"/>		CP : <input type="text"/>	
VILLE : <input type="text"/>		VILLE : <input type="text"/>	
TEL 1 : <input type="text"/>		TEL 1 : <input type="text"/>	
TEL 2 : <input type="text"/>		TEL 2 : <input type="text"/>	
ADRESSE E-MAIL : <input type="text"/>		ADRESSE E-MAIL : <input type="text"/>	
SITUATION PROFESSIONNELLE		SITUATION PROFESSIONNELLE	
PROFESSION : <input type="text"/>		PROFESSION : <input type="text"/>	
EMPLOYEUR : <input type="text"/>		EMPLOYEUR : <input type="text"/>	
ADRESSE : <input type="text"/>		ADRESSE : <input type="text"/>	
TELEPHONE : <input type="text"/>		TELEPHONE : <input type="text"/>	

SITUATION FAMILIALE

CÉLIBATAIRE VIE MARITALE PACSÉS MARIÉS SÉPARÉS DIVORCÉS VEUF(VE)

En cas de séparation ou de divorce, la garde est-elle alternée : OUI NON

Si OUI, joindre une copie du jugement.

PRESTATIONS FAMILIALES

C.A.F. DE N° D'ALLOCATAIRE QF

Je, soussigné(e), Père - Mère - Tuteur légal (1)

de, autorise mon enfant à :

[NOM ET PRENOM DE L'ENFANT]

(1) Barrer la mention inutile

- être transporté à l'hôpital, en cas d'urgence OUI NON
- en cas de Projet d'Accueil Individualisé (PAI), être pris en charge par le personnel encadrant selon le protocole défini OUI NON
- se faire soigner par le médecin appelé en cas d'urgence OUI NON
- être pris en photo dans le cadre des activités municipales (Bulletin municipal et site internet) OUI NON
- se faire maquiller par les encadrants municipaux OUI NON
- être transporté dans les véhicules municipaux ainsi que les transports collectifs OUI NON

Restauration municipale (choix du type de repas) :

Classique Sans porc Menu sans viande (avec œuf ou poisson)

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (AUTRES QUE LES RESPONSABLES LEGAUX)

NOM PRENOM TÉL.

LIEN AVEC L'ENFANT

NOM PRENOM TÉL.

LIEN AVEC L'ENFANT

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Je certifie avoir pris connaissance du règlement des services d'accueils municipaux auxquels j'inscris mon enfant :

Nom/Prénom.....

Je m'engage à informer de tout changement relatif aux informations fournies et j'accepte que mes données personnelles soient accessibles aux agents communaux qui encadrent les activités.

Nom/Prénom

Nom/Prénom

Date :/...../.....

Signatures, précédées de la mention « Lu et Approuvé »



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
