

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ACCUEILS PERISCOLAIRES ET RESTAURATION**

JOINDRE UNE ATTESTATION DE RESPONSABILITE CIVILE

Ecrire en MAJUSCULES S.V.P. et au stylo noir

-----**RENSEIGNEMENTS SUR LE JEUNE**-----

Nom : **Prénoms :**

Date et lieu de naissance : Sexe F M

Ecole : Classe :

N° de carte atout :

-----**RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE**-----

RESPONSABLE LEGAL 1 (PERE MERE TUTEUR INSTITUTION)

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable :

Situation familiale : Marié Célibataire Union libre Divorcé Séparé Veuf/veuve
En cas de jugement, merci de bien vouloir nous en fournir une copie

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable :

Adresse de la caisse de sécurité sociale dont dépend l'enfant :

.....N° d'assuré Social :

Affilié au régime GENERAL ou autre REGIME Précisez lequel :

Le responsable de l'enfant bénéficie t-il d'une mutuelle ou d'une assurance ?

Oui Non Si oui, adresse :

N° d'adhérent ou de police :

Couverture Médicale Universelle (CMU) : Oui Non Si oui, joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation à jour ainsi que la photocopie de l'attestation de la Carte Vitale.

Compagnie d'assurance responsabilité civile:

Numéro de police :

Merci de remplir une fiche par enfant

-----RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT LA SANTE DU JEUNE-----

VACCINATIONS ET SERUM (joindre une copie du carnet de vaccination ou du carnet de santé à jour)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

L'enfant suit un traitement médical, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des allergies ? Si oui lesquelles (fournir le PAI)

----- CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE -----

Je soussigné Certifie avoir examiné ce jour - Ses vaccinations sont à jour : (DTP – BCG – ROR – HEPATITE B) - Il est apte à la vie en collectivité. Date : Signature :	Cachet du médecin
--	-------------------

-----AUTORISATIONS PARENTALES-----

<ul style="list-style-type: none"> • Autorise mon enfant à être photographié et filmé dans le cadre des activités proposées et accepte que ces photos ou films soient utilisés dans les supports de communications de la commune. 	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Autorise le transport de mon enfant et toute intervention médicale et chirurgicale jugée utile par l'état de l'enfant. 	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Si l'état de santé de mon enfant le permet, j'autorise le personnel communal à le récupérer à la sortie de la consultation. 	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

PERSONNE(S) A JOINDRE EN CAS D'URGENCE EN DEHORS DES PARENTS

NOM	PRENOM	ADRESSE	TEL DOMICILE	TEL TRAVAIL

PERSONNE(S) AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN DEHORS DES PARENTS

NOM	PRENOM	ADRESSE	TEL DOMICILE	TEL TRAVAIL

Signature de la mention « lu et approuvé » rédigée à la main