

Document confidentiel

ENFANT

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Ville de naissance :
Fille Garçon
Classe :

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Responsable n°1 Père – Mère – Tuteur (Rayez la mention inutile)

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tel domicile : Portable :
Profession : Tel professionnel :
Numéro Allocataire CAF..... Quotient.....

Responsable n°2 Père – Mère – Tuteur (Rayez la mention inutile)

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tel domicile : Portable :
Profession : Tel professionnel :
Numéro Allocataire CAF..... Quotient.....

En cas de divorce ou de séparation des parents, un document juridique instituant les modalités (même provisoires) de garde du ou des enfants doit être transmis ou une attestation sur l'honneur signée des deux parents, à défaut. Ce document précisera la date de séparation et les modalités de garde ainsi que la répartition entre les deux parents des frais liés aux activités péri et extrascolaires.

Assurance civile Assureur : N° police :
Médecin traitant Nom : Téléphone :

Personnes habilitées à prendre en charge l'enfant à la fin du service d'accueil périscolaire ou à prévenir en cas d'urgence (en plus du responsable légal) : à remplir obligatoirement (au moins un contact)

| Nom | Téléphone | Lien de parenté avec l'enfant |
|-----|-----------|-------------------------------|
| | | |
| | | |

VACCINATIONS (joindre la copie du carnet de vaccination)

| Vaccins obligatoires | Dernier rappel | Vaccins recommandés | Date |
|------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite | / / | Rougeole – Oreillons – Rubéole | / / |
| | | Coqueluche | / / |
| | | Haemophilus | / / |
| | | Hépatite B | / / |
| | | Pneumocoque | / / |
| | | BCG | / / |

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A titre indicatif : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rubéole | Varicelle | Angine | Scarlatine | Coqueluche |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Otite | Rougeole | Oreillons | Rhumatisme articulaire aigu | |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |

Les allergies

Alimentaires : Oui Non Médicamenteuses : Oui Non ASTHME : Oui Non

AUTRES : (Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir)

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : Oui Non

(Joindre le protocole et toutes informations utiles).....
.....
.....

Les difficultés de santé

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.....
.....
.....

Les recommandations utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil auditif ou dentaire, comportement de l'enfant, etc
.....
.....

Je soussigné(e) ,....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à.....

Le...../...../.....

Signature :