



ANNEE SCOLAIRE 2018-2019

## IDENTITE DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ à .....

Sexe :  Masculin  
 Féminin

Niveau Scolaire à la rentrée 2018-2019 : .....

Ecole fréquentée : .....

Mon enfant fréquentera :  La Cantine  
 La garderie  
 L'Accueil de loisirs du mercredi  
 L'Accueil de loisirs des vacances scolaires

(cochez la ou les cases)



## COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

La facturation est à envoyer à .....

	Mère	Père	Autre représentant (si différent)
Nom			
Prénom			
Autorité Parentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse	CP : _____ Ville : .....	CP : _____ Ville : .....	CP : _____ Ville : .....
Téléphones	Domicile	Domicile	Domicile
	Mobile	Mobile	Mobile
	Travail	Travail	Travail
Profession			
Employeur			
E-mail			

## Vaccinations

Merci de joindre la photocopie du carnet de santé ou remplir le tableau ci-dessous :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie	__ / __ / ____	Coqueluche	__ / __ / ____
Tétanos	__ / __ / ____	Haemophilus	__ / __ / ____
Poliomyélite	__ / __ / ____	Rubéole-Oreillons-Rougeole	__ / __ / ____
		Hépatite B	__ / __ / ____
		BCG	__ / __ / ____

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## Informations sanitaires

Médecin traitant ..... à .....

Groupe sanguin de l'enfant .....

Poids .....kg      Taille .....cm

L'enfant a-t-il des allergies ?  
Si oui, lesquelles ?

OUI       NON  
Alimentaire .....  
Médicamenteuses .....  
Autres .....

L'enfant présente t-il des problèmes de santé ?  
Si oui, lesquelles ? .....

OUI       NON

L'enfant suit-il un régime alimentaire ?  
Si oui, lequel ? .....

OUI       NON

**Pour les allergies ainsi que les problèmes de santé**, joindre au retour de la fiche de renseignements, un certificat médical d'un spécialiste précisant la cause de l'allergie/des problèmes de santé et la conduite à tenir (administrations médicamenteuses, etc...). Ceci, afin de pouvoir mettre en place un **protocole** d'accueil individualisé dès que possible.

Autres recommandations utiles (port de lunettes, appareils dentaire et auditif, comportement de l'enfant, eunurésie, etc...) : .....

**⚠ ATTENTION : L'ADMINISTRATION DE MEDICAMENT RESTE EXCEPTIONNELLE ET NE PEUT SE FAIRE QUE SUR ORDONNANCE**

## En cas d'hospitalisation

Si nous ne pouvons pas vous joindre en cas de maladie ou d'accident grave, toutes les mesures d'urgence seront prises y compris l'hospitalisation.

## Autorisation d'intervention chirurgicale

Je soussigné(e), monsieur ou madame .....responsable légal de ..... autorise l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A ..... Le .....  
**Signature :**



## ENTOURAGE DE L'ENFANT

Merci d'indiquer ci-dessous, les personnes autorisées à venir chercher l'enfant sur le temps périscolaire et extrascolaire, ainsi que les personnes à contacter en cas d'urgence **en dehors des responsables légaux**.

(cochez la ou les cases)

		Autorisé à venir chercher l'enfant	A prévenir en cas d'urgence
1	Nom		
	Prénom	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Lien avec l'enfant		
	Tél		
2	Nom		
	Prénom	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Lien avec l'enfant		
	Tél		
3	Nom		
	Prénom	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Lien avec l'enfant		
	Tél		

**Toute personne étrangère au service devra justifier de son identité.**

## ASSURANCE

L'enfant possède t-il une assurance ?  OUI  NON

L'assurance est :  une responsabilité civile  une assurance scolaire et extrascolaire

Assureur :

Agent : .....

Compagnie : .....

Date de validité : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

N° de contrat : .....

En qualité d'organisateur, la commune a souscrit une assurance « responsabilité civile » permettant d'indemniser le tiers, victime d'un dommage corporel ou matériel résultant d'une faute qui engage la responsabilité des personnes morales ou physiques assurées. Toutefois, nous attirons votre attention sur l'intérêt à souscrire, à titre personnel, un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels qui pourraient survenir à votre enfant et pour lesquels aucune responsabilité n'a pu être dégagée. Nous vous conseillons de vous adresser à votre Assureur qui pourra vous renseigner sur ce type d'assurance.

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs des différents accueils et m'engage à les respecter.

**A ..... Le .....**

**Signature des parents :**

(précédée de la mention «lu et approuvé»)