

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2021-2022

Accueils périscolaires et extrascolaires

Réservé à l'administration ☐ vaccins ☐ RC ☐ CAF ☐ justif dom

☐ SAISIE

ENFANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

☐ FILLE

☐ GARCON

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE :

CLASSE :

TAILLE :

POIDS :

RESPONSABLE LEGAL 1 :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

NUMERO DE TELEPHONE DOMICILE :

NUMERO DE TELEPHONE PROFESSIONNEL :

NUMERO DE PORTABLE :

MAIL :

RESPONSABLE LEGAL 2 :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

NUMERO DE TELEPHONE DOMICILE :

NUMERO DE TELEPHONE PROFESSIONNEL :

NUMERO DE PORTABLE :

MAIL :

INFORMATIONS A DISPOSITION DE L'EQUIPE D'ANIMATION :

PERSONNE A PREVENIR en cas d'impossibilité de joindre les parents :

NOM :

PRENOM :

TEL :

NOM :

PRENOM :

TEL :

PERSONNES HABILITEES A RECUPERER MON ENFANT :

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant

J'autorise mon enfant à partir seul : ☐ oui ☐ non

J'autorise le responsable à utiliser l'image de mon enfant sur des documents de communication interne et externe : ☐ oui ☐ non

Régime alimentaire : ☐ sans porc ☐ sans viande

ALLERGIES : ☐ oui ☐ non

Asthme : ☐ **Alimentaire** : ☐ **Médicamenteuses** : ☐ **Autres** :

Merci de fournir le PAI en cas d'allergie.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON à remplir obligatoirement**Obligation de joindre la photocopie des vaccins**

- Enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018 : la vaccination contre la [diphtérie](#), le [tétanos](#) et la [poliomyélite](#) est obligatoire. Ils doivent donc être vaccinés contre ces trois maladies (sauf contre-indication médicale reconnue) pour pouvoir être admis en crèche, à l'école, en garderie, en accueils collectifs de mineurs ou toute autre collectivité d'enfants

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

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ 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 administré sans ordonnance.

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

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| ☐ rubéole | ☐ varicelle | ☐ angine | ☐ rhumatisme articulaire aigu |
| ☐ coqueluche | ☐ otite | ☐ rougeole | ☐ scarlatine ☐ oreillons |

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc., précisez :

.....

.....

Je soussigné

responsable légal de l'enfant

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait àle Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2021-2022

Accueils périscolaires et extrascolaires

Réservé à l'administration ☐ vaccins ☐ RC ☐ CAF ☐ justificatif dom

☐ SAISIE

Je soussigné responsable légal de
atteste sur l'honneur que :

- Mon enfant possède une responsabilité civile
 - Mon enfant possède une assurance maladie (sécurité sociale)
 - L'exactitude des renseignements portés sur cette fiche
 - Mon enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires
 - J'autorise la direction à consulter et conserver une copie écran CAFPRO de mon quotient
 - J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées et sorties par les organisateurs
 - Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en avoir informé mon enfant.
 - Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir à l'extérieur du centre en dehors des heures de présence au centre
 - J'autorise les organisateurs à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) nécessaires en cas d'urgence médicale et après consultation du SAMU
 - Je m'engage à payer les honoraires médicaux et pharmaceutiques engagés par les organisateurs. En cas d'accident, mon enfant sera pris en charge par les services de secours et dirigé vers le centre hospitalier le plus proche.
 - J'autorise l'équipe d'animation à transporter les enfants en mini bus ou car vers des sorties extérieures.
 - J'autorise mon enfant à sortir de l'enceinte du centre pour les sorties de groupe
 - J'autorise le service à nous transmettre des informations par mail.
 - Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Fait à le / /
- Signature précédée de la mention « lu et approuvé ».

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES NON COMMUNIQUEES A L'EQUIPE D'ANIMATION

Caisse d'affiliation : ☐ CAF ☐ MSA ☐ AUTRE :

Numéro allocataire :

Joindre l'attestation CAF avec quotient familial et justificatif de domicile de moins de 3 mois (EDF, eau, gaz, téléphone, internet, quittance de loyer, titre de propriété, avis d'imposition ou de non-imposition)

Nom de la compagnie d'assurance responsabilité civile :

Joindre l'attestation de responsabilité

Nom du médecin traitant : Téléphone :