

# FICHE DE RENSEIGNEMENT

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

N° de Sécurité Sociale :

Fille      Garçon

Classe 2022-2023 :

Dolto      Tessan      Mater. Oblin      Élem. Oblin      Élem. Bailly

	RESPONSABLE LÉGAL 1	RESPONSABLE LÉGAL 2
Nom / prénom :		
Adresse :		
Téléphone portable :		
Téléphone domicile :		
Email :		

AUTRES CONTACTS AUTORISÉS (HORS RESPONSABLES LÉGAUX)					
Nom / prénom	Lien de parenté	Téléphone domicile	Téléphone portable	Autorisé(e) à récupérer l'enfant	À prévenir en cas d'urgence (si responsables légaux absents)
				Oui   Non	Oui   Non
				Oui   Non	Oui   Non
				Oui   Non	Oui   Non
				Oui   Non	Oui   Non

**AUTRES CONTACTS AUTORISÉS : Si la personne autorisée à venir récupérer l'enfant est mineure (grand frère, grande sœur...), merci de joindre obligatoirement une attestation d'autorisation au dossier d'inscription.**

DIVERS	
Régime alimentaire de l'enfant	Classique Sans viande Sans porc
Autorisez-vous votre enfant à utiliser les transports du service dans le cadre de sorties pédagogiques, encadrées par les animateurs ? (car scolaire, minibus...)	Oui   Non
Autorisez-vous la Ville à utiliser les photos et/ou vidéos de votre enfant prises dans le cadre des activités scolaires, périscolaires et des centres de loisirs sur les supports de la commune ? (magazine, newsletter, site internet, réseaux sociaux...)	Oui   Non
Autorisez-vous votre enfant à être maquillé(e) lors d'événements du centre de loisirs ou périscolaire ?	Oui   Non

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES POUR TOUS	Oui	Non	Date des derniers rappels	VACCINS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NÉS À PARTIR DU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2018	Date
				Diphtérie	
				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Tétanos				Coqueluche	
				Haemophilus influenzae B	
Poliomyélite (DTP)				Infections invasives à pneumocoque	
				Méningocoque de séro groupe C	

## 2 – TRAITEMENT MÉDICAL

• L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non Si oui lequel ?

• À titre indicatif, l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISMES ARTICULAIRES	SCARLATINE
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	

## 3- ALLERGIES

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?				
<b>Asthme</b>	Oui	Non	Si oui, un PAI est-il mis en place ?	Oui Non
<b>Allergie alimentaire</b>	Oui	Non	Si oui, un PAI est-il mis en place ?	Oui Non
<b>Allergie médicamenteuse</b>	Oui	Non	Si oui, un PAI est-il mis en place ?	Oui Non
<b>Autres (merci de préciser)</b>	Oui	Non	Si oui, un PAI est-il mis en place ?	Oui Non

**IMPORTANT : Si l'enfant dispose d'un PAI, merci de le joindre impérativement au dossier d'inscription.**

## 3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

- Votre enfant porte-t-il des lentilles ? : Oui Non
- Des lunettes : Oui Non
- Des prothèses auditives : Oui Non
- Des prothèses ou appareil dentaire(s) : Oui Non
- Autres (merci de préciser) :

## 4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :  
 N° de sécurité sociale :  
 Adresse :  
 Tél. domicile : Tél. portable : Tél. bureau :  
 Nom et tél. du médecin traitant :

Je soussignée, \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le surveillant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : Signature :