

FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE - LIEU DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

ADRESSE :

.....

REPRESENTANTS LEGAUX

Autorité parentale : Père Mère Autorité conjointe

* En cas d'autorité parentale non conjointe joindre le jugement de divorce précisant les modalités de garde ou jugement de séparation

Mère :

NOM : PRENOM :

N° DOMICILE/PORTABLE : N° TELEPHONE TRAVAIL :

ADRESSE MAIL :

ADRESSE : (si différente de l'enfant)

.....

Père :

NOM : PRENOM :

N° DOMICILE/PORTABLE : N° TELEPHONE TRAVAIL :

ADRESSE MAIL :

ADRESSE : (si différente de l'enfant)

.....

SI LES REPRESENTANTS LEGAUX SONT INJOIGNABLES

2 personnes doivent être désignées (minimum). L'enfant sera remis à la personne désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité. Seules les personnes âgées de 18 ans sont autorisées à venir chercher un enfant mineur.

NOM : PRENOM :

N° DOMICILE/PORTABLE : LIEN AVEC L'ENFANT:

A contacter en cas d'urgence

Autoriser à reprendre l'enfant

NOM : PRENOM :

N° DOMICILE/PORTABLE : LIEN AVEC L'ENFANT:

A contacter en cas d'urgence

Autoriser à reprendre l'enfant

NOM : PRENOM :

N° DOMICILE/PORTABLE : LIEN AVEC L'ENFANT:

A contacter en cas d'urgence

Autoriser à reprendre l'enfant

AUTORISATIONS PARENTALES

Autorise **N'autorise pas** l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Autorise **N'autorise pas** la ville et les prestataires liés à une activité organisée par un service municipal à utiliser les photos de mon enfant sur tous les supports municipaux papiers, numériques, autres et le filmer.

Autorise **N'autorise pas** mon enfant fréquentant l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement élémentaire à rentrer seul après l'activité à laquelle il a participé (à partir de 6 ans – classe de CP)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT (FACULTATIF)

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

.....

N° DE TELEPHONE MEDECIN :

.....

VACCINATIONS

Joindre obligatoirement une copie du carnet de santé avec mention des vaccins avec le nom et prénom de l'enfant.

- En cas de nouvelles vaccinations fournir la copie de celles-ci.

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- **Traitement médical** : L'enfant suit-il un traitement ? OUI NON (joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice)

↳ **AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

- **Allergies :**

- Alimentaires : OUI NON

Aliments concernés :

↳ **REPAS À FOURNIR PAR LES PARENTS DANS LE CADRE DES ACTIVITES SUR LA COMMUNE**

- Médicamenteuses : OUI NON

Médicaments concernés :

- Autres allergies : OUI NON

Précisez :

- PAI* en cours : OUI NON

*PAI : Protocole d'Accueil Individualisé (joindre le protocole)

- **Indiquez la conduite à tenir** en cas de réaction allergique :

.....
.....

- **Difficultés de santé** : Indiquez les éventuelles difficultés (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, handicap) **en précisant les précautions à prendre.**

.....
.....

↳ **FOURNIR LE PROTOCOLE DE SOIN DU MEDECIN ET LE TRAITEMENT NECESSAIRE + PRENDRE CONTACT AVEC LE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE.**

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

Rubéole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme articulaire aïgu <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coqueluche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Asthme <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

- Votre enfant porte-t-il ? (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

Des lentilles <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Des lunettes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Des prothèses auditives <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Un appareil dentaire / des prothèses <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	--	---	--

ATTESTATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) : responsable légal ou tuteur
légal de l'enfant (NOM, PRENOM) :

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service du guichet unique et les écoles de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale).

Je reconnais également avoir pris connaissance des règlements intérieurs, consultables en ligne ou à l'accueil de l'Hôtel de Ville, relatifs aux activités périscolaires, extra scolaires, séjours vacances d'été, crèche et facturation conformes aux délibérations du Conseil Municipal et déclare approuver ses contenus et m'engage à m'y conformer.

Je certifie que mon enfant est et sera couvert toute l'année ainsi que pendant les vacances scolaires par une assurance couvrant toutes les activités municipales et scolaires.

Date : Signature des parents :