

Informations concernant l'enfant

NOM : PRENOMS :

DATE – LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE : GARÇON FILLE

ADRESSE :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE :

STRUCTURE PETITE ENFANCE FEQUENTEE

ACCUEIL DE LOISIRS FREQUENTE

Parents de l'enfant (s'ils sont différents des représentant légaux 1 et 2)

Mère :

NOM : PRENOMS :

NOM DE JEUNE FILLE :

Père :

NOM : PRENOMS :

Autorité parentale : Père Mère Autorité conjointe

Personnes à contacter en cas d'urgence

NOM : PRENOMS :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE PORTABLE :

N° TELEPHONE TRAVAIL :

NOM : PRENOMS :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE PORTABLE :

N° TELEPHONE TRAVAIL :

Personnes autorisées à reprendre l'enfant en l'absence des représentants légaux

2 personnes au minimum doivent être désignées (obligatoirement majeures pour les centres de loisirs et la crèche). L'enfant sera remis à la personne désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité.

NOM : PRENOMS :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

LIEN AVEC L'ENFANT PERE MERE AMI(E) ASSISTANTE MATERNELLE GRANDS-PARENTS
 AUTRE, PRECISEZ

NOM : PRENOMS :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

LIEN AVEC L'ENFANT PERE MERE AMI(E) ASSISTANTE MATERNELLE GRANDS-PARENTS
 AUTRE, PRECISEZ

NOM : PRENOMS :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

LIEN AVEC L'ENFANT PERE MERE AMI(E) ASSISTANTE MATERNELLE GRANDS-PARENTS
 AUTRE, PRECISEZ

NOM : PRENOMS :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

LIEN AVEC L'ENFANT PERE MERE AMI(E) ASSISTANTE MATERNELLE GRANDS-PARENTS
 AUTRE, PRECISEZ

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : GARCON FILLE

1 - Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Copie du carnet avec mention des vaccins à joindre

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite B
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche
ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (préciser)
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Pour information : vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018 : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite, Coqueluche, Haemophilus Influenzae de type B, Hépatite B, Pneumocoque, Méningocoque C, Rougeole-Oreillons-Rubéole

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou durant le séjour ? 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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

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

RUBEOLE <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 AIGU <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	

• Allergies :

ASTHME : OUI NON

ALIMENTAIRES : OUI NON

MEDICAMENTEUSES : OUI NON

AUTRES (merci d'indiquer la conduite à tenir) :

.....

.....

.....

PAI (projet d'accueil individualisé) en cours : OUI NON (joindre le protocole et toutes informations utiles) :

.....
.....
.....

↳  **PANIER REPAS FOURNI PAR LES PARENTS POUR TOUTE ALLERGIE ALIMENTAIRE.**

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION, HANDICAP) **EN PRECISANT LES PRECAUTIONS A PRENDRE** :

.....
.....
.....

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

3 - informations complémentaires (à renseigner obligatoirement)

Votre enfant porte-t-il :

- DES LENTILLES : OUI NON
- DES LUNETTES : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
- DES PROTHESES AUDITIVES : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
- DES PROTHESES / APPAREIL DENTAIRE : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

4 - Responsable de l'enfant

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE PORTABLE :

ADRESSE MAIL N° TELEPHONE TRAVAIL :

5 – Médecin traitant de l'enfant

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

N° DE TELEPHONE MEDECIN :

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 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.

Date :

En cochant cette case, je m'engage sur l'exactitude des informations fournies
(remplace la signature en cas de remplissage électronique)

Signature :

AUTORISATION PARENTALE ANNUELLE

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

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.

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service 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.

Autorise **N'autorise pas** la ville 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).

Date :

En cochant cette case, je m'engage sur l'exactitude des informations fournies
(remplace la signature en cas de remplissage électronique)

Signature :

IMPORTANT : « Les informations recueillies par la Mairie de Berre l'Étang à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique afin de gérer les **pré-inscriptions, les inscriptions, le suivi et la facturation des services Affaires Scolaires, Périscolaires, Extrascolaires et Petite Enfance de La Mairie de Berre l'Étang**. Ces données seront conservées **pendant la durée d'inscription dans la structure**. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au **Règlement Général de la Protection des Données du 27 avril 2016**, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement, que vous pouvez exercer en adressant votre demande par courrier à Monsieur le Maire, Hôtel de Ville – BP 30221, 13138 BERRE L'ETANG CEDEX ou par mail guichet.unique@berre-l-etang.fr. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. »