



PERISCOLAIRE

ACCUEIL DE LOISIRS

AUTRE

RENSEIGNEMENTS ENFANT :

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél. domicile : _____

Tél. que l'on peut ABSOLUMENT joindre : Tél. père : _____ Tél. mère : _____

Adresse Email : _____ @ _____

Ecole : maternelle élémentaire

Nom de l'école : _____ Classe : _____ Enseignant : _____

Particularités repas : sans porc sans viande

Régimes alimentaires (prescriptions médicales à préciser) : _____
(cf. règlement intérieur et modalités pratiques)

RENSEIGNEMENTS PARENTS :

Représentant légal : père mère Nombre d'enfants à charge de -18 ans : _____

Famille monoparentale : oui non Les deux parents travaillent : oui non

PERE : Nom : _____ Prénom : _____

Employeur : _____ Tél. employeur : _____

MERE : Nom : _____ Prénom : _____

Employeur : _____ Tél. employeur : _____

N° Allocataire CAF Moselle : _____

EN CAS D'URGENCE - PERSONNES A CONTACTER :

1) Nom : _____ Tél. : _____

2) Nom : _____ Tél. : _____

Médecin traitant : _____ Tél. : _____

Nom des personnes majeures (*) habilitées à prendre en charge l'enfant à la sortie des activités (autres que les parents)	1) _____
	2) _____
	3) _____
* ou à défaut frère ou sœur de plus de 16 ans	

J'autorise je n'autorise pas l'utilisation des photos prises durant les activités sur lesquelles mon enfant peut figurer pour promouvoir l'activité.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et des modalités pratiques des accueils périscolaires et extrascolaires.

Fait à _____, le _____

Signature (obligatoire)

Voir au verso - Fiche sanitaire à compléter et à signer impérativement →



1 - ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant 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 médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
 Une autorisation écrite des parents est indispensable.
 L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :
 LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

4 - **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
 PRÉCISEZ.

.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné **responsable légal de l'enfant**, déclare les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire ou extrascolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par son état de santé (traitement médical, hospitalisation, ...).

Fait à le,
 Signature :

INDISPENSABLE A COMPLETER

INFORMATION SUR LA GESTION INFORMATIQUE DES DONNEES

Les informations recueillies par Madame Cathy MARTINEZ font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'inscription de l'enfant à l'accueil périscolaire et aux accueils de loisirs. Le destinataire des données est le Service Périscolaire et Extrascolaire Conformément à la LOI n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat du Service Périscolaire et Extrascolaire