



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Au cours de son année scolaire et périscolaire, votre enfant peut avoir besoin de soins médicaux d'urgence ou d'un transport à l'hôpital.

Pour nous permettre d'agir efficacement, nous vous remercions de bien vouloir compléter les informations ci-dessous.

**Sans cette formalité, votre enfant ne pourra fréquenter les différents accueils de la commune.**

## L'ENFANT:

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

CLASSE : \_\_\_\_\_ ETABLISSEMENT : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

## PERE :

Responsable légal de l'enfant

NOM PRENOM : \_\_\_\_\_

EMAIL : \_\_\_\_\_

TEL PORTABLE : \_\_\_\_\_

TEL DOMICILE : \_\_\_\_\_

TEL BUREAU : \_\_\_\_\_

EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

## MERE :

Responsable légal de l'enfant

NOM PRENOM : \_\_\_\_\_

EMAIL : \_\_\_\_\_

TEL PORTABLE : \_\_\_\_\_

TEL DOMICILE : \_\_\_\_\_

TEL BUREAU : \_\_\_\_\_

EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

## PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER VOTRE ENFANT ET/OU A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM PRENOM : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_

NOM PRENOM : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_

NOM PRENOM : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_

NOM PRENOM : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_

MUTUELLE : OUI  NON  NOM : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_

ASSURANCE Extra-scolaire ou individuelle accident : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_

*(Joindre une copie de l'attestation d'assurance)*

## AUTORISATIONS DIVERSES

J'autorise le directeur de l'accueil de loisirs 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 service d'urgence et m'engage à payer les frais médicaux.

J'autorise la mairie de Santeny à prendre mon enfant en photos et vidéos pour une utilisation exclusivement communale.

J'autorise mon enfant à emprunter les différents transports (bus, mini-bus ...)

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives.

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées.

J'atteste avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur de l'ALSH, du périscolaire et de la restauration scolaire.

Date : \_\_\_\_\_

Signature de la personne titulaire  
de l'autorité parentale :

Complétez au dos



L'ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARÇON  FILLE

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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

**2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

.....  
.....

**P.A.I.** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)  
EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**

.....  
.....

**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 PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. PORTABLE : ..... DOMICILE..... BUREAU.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S A 100%

(Fournir les attestations CMU et prise en charge S.S)

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : \_\_\_\_\_

Signature :