



AMICALE LAÏQUE  
DE GRAULHET

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017 / 2018

## ÉCOLE & MAISON DE L'ENFANCE de L'ALBERTARIÉ

**NOM de l'Enfant :** ..... **Prénom :** .....

**Garçon**  **Fille**  **Né(e) le :** .....

**École :** ..... **Classe :** .....

**Autorisé(e) à partir seul(e) :** *Le soir après la classe :* après la classe (15h30) **OUI**  **NON**   
à la fin de l'étude **OUI**  **NON**   
à la fin des activités **OUI**  **NON**   
*Le mercredi :* après la classe (11h30) **OUI**  **NON**   
à la fin des activités **OUI**  **NON**

**MÈRE**

**N° Allocataire CAF :** ..... **QF CAF :** .....

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Code Postal :** ..... **Ville :** .....

**Tél. Domicile :** ..... **Tél. Portable :** .....

**Tél. Travail :** ..... **Profession :** .....

**Adresse e-mail :** ..... @.....

**PÈRE**

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Code Postal :** ..... **Ville :** .....

**Tél. Domicile :** ..... **Tél. Portable :** .....

**Tél. Travail :** ..... **Profession :** .....

**Adresse e-mail :** ..... @.....

**Situation familiale :** Marié - Vie maritale - Célibataire - Divorcé - Séparé - Veuf/Veuve. (entourer)  
Si les parents sont séparés et l'autorité légale non partagée, joindre la copie de l'extrait de jugement.

### **LISTE DES AUTRES PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER MON ENFANT :**

**Nom et Prénom :** ..... **Tél. :** .....

**Nom et Prénom :** ..... **Tél. :** .....

### **RENSEIGNEMENTS D'URGENCE**

**N° Sécurité Sociale (responsable de l'enfant) :** .....

**Adresse du Centre de SS :** .....

**N° de Mutuelle :** .....

**Coordonnées du Médecin traitant :** *Nom :* ..... *Tél. :* .....

**Adresse :** .....

**N° et adresse de l'assurance scolaire :** .....

**Autres personnes (susceptibles de vous prévenir rapidement dans le cas où nous ne pourrions vous joindre) :**

**Nom et Prénom :** ..... **Tél. :** .....

**Qualité :** (grand-parent, ami(e), voisin ...) .....

**Nom et Prénom :** ..... **Tél. :** .....

**Qualité :** (grand-parent, ami(e), voisin ...) .....

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017/ 2018 *École & Maison de l'Enfance*

Document non confidentiel à remplir par les familles. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant et évite de vous démunir de son carnet de santé.

## VACCINATIONS

**VACCINS  
OBLIGATOIRES**  
Rappel de moins de 5 ans

Diphtérie - Tétanos -  
Poliomyélite

ou DT Polio

ou Tétracoq

## Photocopie du carnet de santé obligatoire.

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

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LA MAISON DE L'ENFANCE UNIQUEMENT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour : **OUI**  **NON**

L'enfant a-t-il déjà eu les **maladies** suivantes :

Rubéole	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>	Coqueluche	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>
Varicelle	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>	Otite	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>
Angine	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>	Rougeole	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>
Scarlatine	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>	Oreillons	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>
Rhumatismes articulaires aigus	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>	Autres : .....		

L'enfant a-t-il déjà eu des **allergies** :

Asthme	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>	Alimentaires	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>	Autres (insectes, etc) : .....		

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

Indiquez les **difficultés de santé** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation ...) en précisant les **dates** et les **précautions à prendre** :

.....

.....

Après consultations de mon médecin, j'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre des Maisons de l'Enfance, à l'exception de : .....

J'ai bien pris connaissance qu'en cas d'absence d'observations, de renseignements médicaux, psychologiques, etc... absents ou erronés la responsabilité de l'association serait déchargée. Je reconnais être informé du projet pédagogique, des programmes d'activités et des moyens de transports utilisés. De plus, je ne m'oppose pas à la prise de photographies le représentant dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs et à la diffusion éventuelle de son image sur quelque support que ce soit. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concernent est garanti. (vérification de l'usage et droit de retrait).

*Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche (recto-verso) et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. **En cas d'urgence**, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. **La famille est immédiatement avertie par nos soins**. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.*

Date : le ...../...../.....

Signature obligatoire :

« Conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, dont nous sommes seuls destinataires. »