

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017/2018

## ÉCOLE & CENTRES DE LOISIRS

**NOM de l'Enfant** : ..... **Prénom** : ..... Garçon  Fille   
**Né(e) le** : ..... **À** .....

**Adresse** : .....

**Code Postal** : ..... **Commune** : .....

Mon enfant est inscrit au Centre de Loisirs (inscription Mairie) OUI  NON

**RESPONSABLE 1** **NOM** : ..... **Prénom** : .....

**Adresse** : (si différente de l'enfant) .....

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

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

**Tél. Travail** : ..... **Mail** : .....

**RESPONSABLE 2** **NOM** : ..... **Prénom** : .....

**Adresse** : (si différente de l'enfant) .....

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

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

**Tél. Travail** : ..... **Mail** : .....

**Situation familiale** : (entourer) Marié - Vie maritale - Pacsé - Célibataire - Divorcé - Séparé - Veuf/Veuve.

**N° et Nom de l'ASSURANCE SCOLAIRE** : .....

### LISTE DES PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER MON ENFANT OU A APPELER EN CAS D'URGENCE :

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.

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

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

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

### RENSEIGNEMENTS D'URGENCE

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

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

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

### AUTORISATION DE SORTIE ECOLE / CENTRE DE LOISIRS À PARTIR DU CP

15h30, à la fin de la classe, **mon enfant est autorisé(e) à partir seul(e)** OUI  NON

A 16h30, à la fin des clubs ou de l'étude, **mon enfant est autorisé(e) à partir seul(e)** OUI  NON

A 18h00, à la fin des activités, **mon enfant est autorisé(e) à partir seul(e)** OUI  NON

Le mercredi, à 11h30, à la fin de la classe, **mon enfant est autorisé(e) à partir seul(e)** OUI  NON

Le mercredi, à 18h15, à la fin des activités, **mon enfant est autorisé(e) à partir seul(e)** OUI  NON

A



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017/2018 *Ecole et Centres de Loisirs*

*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

(se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
<b>Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite</b>				BCG	
				Hépatite B	
				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
<b>ou DT Polio</b>				Coqueluche	
<b>ou Tétracoq</b>				Autres (préciser)	

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

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un **traitement médical** :    **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"/> Varicelle <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"/> Scarlatine <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu <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"/> Otite <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"/> Oreillons <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"/> • Médicamenteuses <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"/> • 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** :

.....

.....

**Précisez quels aliments votre enfant ne peut pas manger :**

## REGIME ALIMENTAIRE

*Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche 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. Après consultation 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, 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 diffusion éventuelle de l'image de mon enfant sur quelque support que ce soit.*

Date :    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. »

**Pour Maison de l'Enfance**  
**N° Allocataire CAF :**  
 .....