



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017/2018

MAISON DE L'ENFANCE d'EN GACH

N'oubliez pas l'inscription mairie pour l'accueil matin, midi et soir.

Matin de 7h45 à 8h20
Midi de 12h à 13h35
Soir de 15h30 à 18h15

Mercredi de 11h30 à 12h15
et de 13h45 à 18h15
(possibilité cantine)

NOM de l'Enfant : Prénom :

Garçon [ ] Fille [ ] Né(e) le :

École : Classe en septembre 2017:

Autorisé(e) à partir seul(e) :
Le soir : à 16h30, fin de l'étude ou activité OUI [ ] NON [ ]
à 18h00, fin des activités OUI [ ] NON [ ]
Le mercredi : à 18h00, fin des activités OUI [ ] NON [ ]

RESPONSABLE 1 NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. Domicile : Tél. Portable :

Tél. Travail : Profession :

Adresse e-mail : @.

RESPONSABLE 2 NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. Domicile : Tél. Portable :

Tél. Travail : Profession :

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

LISTE DES AUTRES PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER MON ENFANT :

Nom et Prénom : Tél. :

Nom et Prénom : Tél. :

Nom et Prénom : Tél. :

Nom et Prénom : Tél. :

RENSEIGNEMENTS D'URGENCE

N° allocataire CAF:

QF:

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

Adresse du Centre de SS :

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 ...)

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.

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017 / 2018 *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'attention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

## VACCINATIONS

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b> Rappel de moins de 5 ans
Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite
<b>ou DT Polio</b>
<b>ou Tétracoq</b>

### Photocopie du carnet de santé obligatoire.

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

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

### Nom et tel. du médecin traitant:

.....

L'enfant suit-il un **traitement médical permanent** : OUI  NON

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

Rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Varicelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Otite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Angine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rougeole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Oreillons	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Autres : .....		

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

• Asthme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	• Alimentaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
• Médicamenteuses	OUI <input type="checkbox"/>	NON <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 :

.....

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 : .....

Je ne m'oppose pas à la consultation de mon dossier sur CAFPRO.

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 dérogée.

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 Li-  
bertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant,  
dont nous sommes seuls destinataires. »