



AMICALE LAÏQUE
DE GRAULHET

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017 / 2018 ECOLE et MAISON DE L'ENFANCE VICTOR HUGO

NOM de l'Enfant : **Prénom** :

Garçon **Fille** **Né(e) le** :

École : **Classe** :

Autorisé(e) à partir seul(e) : *Le soir après la classe* : à 15h30, fin des cours **OUI** **NON**
à 18h15, fin des activités **OUI** **NON**
Le mercredi : à 11h30 fin des cours **OUI** **NON**
à 18h15 fin des activités **OUI** **NON**

RESPONSABLE 1 **NOM** : **Prénom** :

Adresse :

Code Postal : **Ville** :

Tél. Domicile : **Tél. Portable** :

Tél. Travail : **Profession** :

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

N° Allocataire CAF : **Quotient Familial** :

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 VENIR CHERCHER MON ENFANT :

Nom et Prénom : **Tél.** :

Nom et Prénom : **Tél.** :

RENSEIGNEMENTS D'URGENCE **Date du dernier rappel de vaccin antitétanique** : . . / . . / 20..

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 enfant accidenté est orienté par les services de secours d'urgence (le 15) et transporté si nécessaire 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. En cas de maladie, la famille est informée.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017 / 2018 Ecole et *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

Photocopies du carnet de santé à fournir obligatoirement

VACCIN OBLIGATOIRE	DATES	
Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite (DT Polio) - Tétracoq (obligatoire)		Si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

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.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour : 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"/>
Rhumatismes articulaires aigus	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. **J'ai bien noté que toute rétention d'information importante, volontaire ou non, dégagerait automatiquement la responsabilité de l'école ou de l'association. Je tiendrai informé le directeur de l'École ou de la Maison de l'Enfance de tout changement intervenant en cours d'année scolaire.**

J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre des Maisons de l'Enfance, à l'exception de :

Je souhaite recevoir par courrier électronique les programmes d'activités de l'Amicale Laïque.

Je reconnais être informé du projet pédagogique, des programmes d'activités et des moyens de transports utilisés.

Je ne m'oppose pas à la diffusion éventuelle de l'image de mon enfant.

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. »