



SERVICES DE CANTINE, GARDERIE, ALSH ET LOCAL JEUNES

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2013-2014

- IDENTITE & COORDONNEES DE L'ENFANT

Nom et Prénom : _____ Né(e) le _____ Sexe : M F
 Adresse : _____
 Établissement scolaire fréquenté : _____ Classe : _____

- IDENTITE & COORDONNEES DU/DES RESPONSABLES LEGAUX

Père _____ Mère _____
 domicile _____ courriel _____
 père _____ mère _____
 travail père _____ travail mère _____
 @ _____ @ _____

Autres personnes à joindre en cas d'urgence (précisez s'il s'agit de parents, amis, baby-sitter...)

_____ ☎ _____
 _____ ☎ _____
 _____ ☎ _____

- C. A. F. / SÉCURITÉ SOCIALE

N° de sécurité sociale : _____ (indispensable en cas d'urgence médicale)
 N° d'allocataire C. A. F. : _____
 Merci de préciser le régime dont vous dépendez (Général, M. S. A., autre) : _____

- DÉPART DE L'ENFANT

J'autorise mon enfant à quitter seul : - l'école à l'issue des activités périscolaires oui non
 - la garderie oui non
 - l'Accueil de Loisirs Enfance oui non
 - le Local Jeunes oui non

Si oui, précisez à quel moment (après le goûter, à la fermeture de la structure, ...) : _____

Si non, personnes autorisées (autres que les parents) à venir le chercher (précisez s'il s'agit de parents, amis, baby-sitter,...)

_____ ☎ _____
 _____ ☎ _____
 _____ ☎ _____

Toute modification des conditions de départ de votre enfant devra être obligatoirement précisée par écrit.

- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités organisées par la structure d'accueil sous la responsabilité de l'équipe d'animation oui non
 J'autorise le responsable de la structure d'accueil à
 - photographier ou filmer mon enfant dans un but pédagogique ou de communication oui non
 - prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale oui non

Toute modification devra être obligatoirement précisée par écrit.

Nous vous précisons qu'il vous est fortement conseillé de contracter une assurance complémentaire pour votre enfant pour les activités périscolaires et extrascolaires.

- DONNÉES SANITAIRES DE L'ENFANT

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par les services municipaux.
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.*

POIDS : _____ **TAILLE :** _____

GROUPE SANGUIN (si vous le connaissez) _____

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant)

- BCG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	date du dernier rappel : _____
- DTP (ou Tétracoq)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	date du dernier rappel : _____
- Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	date du dernier rappel : _____
- ROR	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	date du dernier rappel : _____
- Hépatite B	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	date du dernier rappel : _____
- Autres (précisez) _____		

ALLERGIES

- **MEDICAMENTEUSES** oui non
- **ALIMENTAIRES** oui non
- **AUTRES** (animaux, plantes, pollen...) _____

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Commentaires éventuels :

Votre enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 administré sans ordonnance.

Votre enfant présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

Vos recommandations utiles (port de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...).

Médecin traitant : _____  _____

Je soussigné M./Mme _____, responsable légal de l'enfant _____

- certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche ;
- reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur et du fonctionnement de la structure et l'avoir accepté ;
- m'engage à rembourser les honoraires médicaux et autres frais avancés par l'organisateur en cas de soins engagés ;
- certifie avoir été informé des garanties souscrites par la Commune et avoir été informé de mon intérêt à contracter une assurance complémentaire.

Signature précédée de la mention «lu et approuvé»

Fait à Saint Armel, le _____