

FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Nom de l'enfant : Prénom :

Sexe : M F Date de naissance : Lieu de naissance :

École : Classe et niveau scolaire 2018-2019 :

REPRÉSENTANT LÉGAL 1 La personne allocataire CAF

Nom :

Prénom :

Tél : Mobile :

REPRÉSENTANT LÉGAL 2

Nom :

Prénom :

Tél : Mobile :

MODALITÉS DE SORTIE DES ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES OU EXTRA-SCOLAIRES AUTORISATIONS (EN DEHORS DES RESPONSABLES LÉGAUX CI-DESSUS)

J'autorise mon enfant à partir seul de l'activité péri ou extrascolaire ou du point de ramassage.
J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil, en fin d'activité, pour se rendre à son domicile (élèves d'élémentaire uniquement).

OU

Je désigne une ou des personnes habilitées à récupérer mon enfant.

Mon enfant ne pourra quitter les activités sans être accompagné d'une personne que j'ai expressément autorisée. Dans ce cas, j'indique ci-dessous les personnes habilitées (autres que les responsables légaux ci-dessus) à prendre en charge mon enfant à la sortie des activités péri ou extra scolaires. Elles devront pouvoir présenter une pièce d'identité. Il est vivement conseillé de prévenir le référent périscolaire ou le directeur de l'accueil de loisirs ou le responsable de l'activité par téléphone en cas d'imprévu.

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant	Peut être prévenu en cas d'urgence
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom du médecin traitant :

VACCINATIONS

La copie des pages vaccins du carnet de santé de l'enfant, avec le nom et le prénom de l'enfant, est obligatoire pour accepter votre enfant dans un accueil collectif : le vaccin D.T.P. (Diphtérie Tétanos Poliomyélite) est obligatoire et doit être à jour. Si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire, un certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité doit être transmis avec ce dossier.

Vaccination obligatoire (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite) à jour : OUI Date du dernier rappel :

ALLERGIE

Allergie alimentaire OUI NON Précisez :

Allergie médicamenteuse OUI NON Précisez :

Autre OUI NON Précisez :

TRAITEMENT MÉDICAL

L'enfant a-t-il une maladie chronique ? OUI NON Si oui, laquelle :

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON Si oui, lequel :

INFORMATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il : des lunettes OUI NON , des prothèses dentaires OUI NON , des prothèses auditives OUI NON

Autre :

VOUS DEVEZ IMPÉRATIVEMENT PRENDRE CONTACT AVEC LE RESPONSABLE DE L'ACTIVITÉ, POUR ORGANISER L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT DANS LES MEILLEURES CONDITIONS, DANS LES CAS SUIVANTS :

- si votre enfant présente des allergies alimentaires, médicamenteuses, asthme, etc.
- si votre enfant bénéficie actuellement d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé).
- si votre enfant est dans une situation nécessitant une prise en charge particulière sur le temps péri- ou extra-scolaire.

AUTORISATION DE PUBLICATION DE L'IMAGE DE VOTRE ENFANT

J'autorise gracieusement la publication d'images et vidéos de mon enfant dans la presse locale et sur les supports de communication de la Mairie. (journal municipal, site internet de la ville, films, affiches, expositions...). La ville s'engage à ne pas faire d'usage commercial de ces images et vidéos.

OU

Je n'autorise pas la publication d'images et vidéos de mon enfant.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

Représentant légal de l'enfant

autorise les responsables des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, anesthésie, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et m'engage à payer (ou rembourser) les frais médicaux, d'hospitalisation et divers, incombant à la famille.

certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur la présente demande et de respecter les engagements pris.

Fait à

le

Signature obligatoire



Direction de l'Éducation

Place de la Nation – CS 40002

69518 Vaux-en-Velin CEDEX

04 72 04 81 51 - gufamilles@mairie-vauxenvelin.fr

www.vaux-en-velin.net

Horaires d'ouverture : lundi, mercredi, jeudi et vendredi de 9h à 17h, mardi de 13h à 17h.

Observations et renseignements complémentaires