



**FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS 2018/2019**  
(Accueil périscolaire – restaurant scolaire – TAP)  
**À compléter, signer et à renvoyer à la Mairie**  
**avant le 21 juin 2018**

L'ENFANT	
Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____ Ecole : _____ Classe : _____	Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____
RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX	
<b>Responsable légal 1</b> Nom – Prénom : _____ Date de naissance : _____ Adresse : _____ Tél Portable : _____ Tél Dom : _____ Travail : _____ Profession : _____ Employeur : _____ Mail : _____	<b>Responsable légal 2</b> Nom – Prénom : _____ Date de naissance : _____ Adresse : _____ Tél Portable : _____ Tél Dom : _____ Travail : _____ Profession : _____ Employeur : _____ Mail : _____
<u>Situation de famille :</u> <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale/PACS <input type="checkbox"/> Veuf (Ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) ou Séparé(e) (en cas de litige familial joindre une photocopie du jugement)	
<input type="checkbox"/> Allocataire CAF (*)      N°   _   _   _   _   _   _   _   _   _   <input type="checkbox"/> Autre régime (*) : _____      N° : _____ <b>(*) <u>sans ces éléments, une facturation plein tarif sera appliquée</u></b>	
<u>Assurance extrascolaire</u> Nom : _____      N° : _____ <b>(joindre un justificatif)</b>	
AUTORISATION PARENTALE	
<b>J'autorise</b> la diffusion de photos de mon enfant (supports de communication communaux) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>J'autorise</b> mon enfant (à partir de 10 ans) à quitter seul les structures d'accueil le soir : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Personnes autorisées</b> à venir chercher mon enfant en cas d'absence ou de retard ( <i>elles devront être munies d'une pièce d'identité</i> ) :	
Nom : _____	Qualité : _____
Nom : _____	Qualité : _____
	Tél. : _____
	Tél. : _____

Je m'engage à suivre le règlement intérieur des structures périscolaires et certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce document. J'avertirai la Mairie en cas de changement de domicile.

**PRIGNONRIEUX, le**

**Signature**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018/2019

## 1- ENFANT

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance ..... Garçon  Fille

## 2- VACCINATIONS

Joindre une **photocopie du carnet de vaccinations** de l'enfant.  
Seul le DT Polio est obligatoire. Date de vaccination : .....  
Si l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires, joindre alors un certificat médical de non contre-indication.

## 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui joindre une ordonnance récente et établir un protocole d'accueil individualisé.

Quelles maladies l'enfant a-t-il déjà eues ?

Rubéole  Varicelle  Angine  Rhumatisme  Scarlatine  
 Coqueluche  Otite  Rougeole  Oreillons.

Quelles allergies l'enfant présente-t-il ? *Si Projet d'Accueil Individualisé, informer la direction).*

Asthme  Médicament  Alimentation  Autre

Préciser éventuellement la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....  
.....  
Indiquer les difficultés de santé de l'enfant (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation, crises convulsives ...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

## 4- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRE

L'enfant porte :  
 Des lunettes  Des lentilles  Des prothèses auditives  Des prothèses dentaires  Autre

Précisions : .....  
.....

## 5- MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin : ..... Téléphone : .....

## 6- AUTORISATION INTERVENTION

Je soussigné(e), (nom et prénom) ..... responsable légal de l'enfant..... (Nom, prénom de l'enfant), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin. J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris hospitalisation et anesthésie générale.

Fait à.....le ..... signature du responsable légal