

# PERISCOLAIRE : FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET FICHE SANITAIRE 2017/2018

NOM de l'enfant : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Classe : .....  
N° Sécurité Sociale : ..... Institutrice (si connu) : .....  
Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : .....

Père ou tuteur	Mère ou tutrice
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Date et lieu de naissance : .....	Date et lieu de naissance : .....
Profession : .....	Profession : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
N° Domicile : .....	N° Domicile : .....
N° Travail : .....	N° Travail : .....
N° Portable : .....	N° Portable : .....
Mail : .....	Mail : .....

**FACTURATION :** Père\* et/ou Mère\*  
Autre : .....

## Personne à prévenir en cas d'absences des parents :

Nom et Prénom : ..... Téléphone : .....  
Nom et Prénom : ..... Téléphone : .....

## OBSERVATIONS PARTICULIERES ET CONTRE-INDICATIONS ALIMENTAIRES

.....  
.....  
.....

## AUTORISATION PARENTALE :

J'autorise mon fils, ma fille, à rentrer seul(e) au domicile familial \* OUI NON  
Mon enfant prendra le car à la sortie de l'école ou des activités périscolaires le vendredi \* OUI NON

Si NON, mon enfant pourra repartir accompagné(e) de :

NOM ..... Téléphone .....

NOM ..... Téléphone .....

NOM ..... Téléphone .....

*Je soussigné(e), ....., représentant légal de l'enfant, autorise le personnel encadrant de l'accueil périscolaire :*

- A prévenir la/les personne(s) désignées ci-dessus dans le cas où je serais injoignable
- A prendre toutes les dispositions nécessaires à l'enfant en cas d'accident ou de maladie
- A se déplacer à pied avec mon enfant afin de se rendre sur les sites susceptibles d'être utilisés dans le cadre des activités

*En outre, mon enfant et moi-même nous engageons à respecter le règlement intérieur en vigueur.  
(écrire mention lu et approuvé) .....*

A ..... Le ..... Signature

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

Allergies :      Asthme \*      OUI    NON                      Médicamenteuse \*      OUI    NON  
                          Alimentaires \*    OUI    NON                      Autres : .....

**PAI : Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Indiquez si votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc

.....  
.....  
.....

**VACCINATIONS et MALADIES :**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				BCG	
OU Tétracoq				Autres (préciser)	

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non		

\* *Rayer la mention inutile*