

PERISCOLAIRE : FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET FICHE SANITAIRE 2018/2019

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 |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | 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*